



Universidad Nacional de Rosario - Facultad de Psicología

Secretaría de Estudios de Posgrado

Maestría en Clínica Psicoanalítica con Niños

Res. Coneau 11.739/14

Tesis de Maestría

La Internación de Niños, Niñas y Adolescentes por motivos de salud mental: convergencias y divergencias entre la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Práctica Psicoanalítica en un Hospital Pediátrico de la Provincia del Chaco

Nombre y apellido: Lic. Griselda Carina Gronda

Directora de Tesis: Dra. Gabriela Z. Salomone

Correo electrónico: carinagronda@hotmail.com

Rosario, 19 de septiembre de 2025

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Presentación del tema y problema de investigación	3
Objetivos	5
Contexto	6
Estrategia metodológica	7
Capítulo 1. La Ley de Salud Mental	10
1.a Presentación	10
1.b Enfoque de Derechos	13
1.c Aspectos normativos con relación a niños, niñas y adolescentes	17
1.d Ley de Salud Mental-Ley del Ejercicio Profesional y Código de Ética: articulaciones posibles	26
1.e Discusión	31
Capítulo 2. Psicoanálisis y Salud Mental	41
2.a Introducción a la Ética del Psicoanálisis y su especificidad en la clínica con niños	41
2.b El campo del Psicoanálisis y el campo de la Salud Mental	44
2.c El practicante del psicoanálisis como profesional de salud mental en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657	46
2.d Discusión	49
Capítulo 3. La internación de niños, niñas y adolescentes: una posible respuesta ante la urgencia subjetiva	52
3.a La especificidad de la clínica psicoanalítica con niños, niñas y adolescentes: tiempo de constitución Subjetiva	52
3.b La especificidad de la clínica psicoanalítica con niños, niñas y adolescentes: el trabajo con los padres	56
3.c El abordaje psicoanalítico en la urgencia. Articulación con la noción de “riesgo cierto e inminente”. Fundamentación teórica y discusión	57
3.d La indicación de internación desde una lectura psicoanalítica: ¿cuándo y por qué? Fundamentación teórica y discusión	65
Reflexiones finales	74
Referencias bibliográficas	78
Anexos	89
Resguardos éticos	89
Formulario Consentimiento informado	90
Consentimiento informado	91
Protocolo de preguntas y entrevistas realizadas	92

Resumen

Este trabajo de investigación tuvo por objetivo conocer las posibles convergencias y divergencias entre las normativas presentes en la Ley de Salud Mental N° 26.657 y la práctica del psicoanálisis en el abordaje de las internaciones de niños, niñas y adolescentes (NNyA) en un hospital pediátrico de la Provincia del Chaco, a partir de las concepciones de los profesionales del área de salud mental. El material de análisis incluyó investigaciones previas sobre la relación entre el Psicoanálisis y la Salud Mental; material bibliográfico acerca de la especificidad de la clínica psicoanalítica con niños, niñas y adolescentes y su articulación con los criterios de internación propuestos por la ley; el relevamiento de las concepciones actuales en materia de infancia y adolescencia en función del paradigma de derechos; y el encuadre deontológico que orienta la praxis. Se procedió, tras el análisis de las entrevistas, a establecer las articulaciones posibles con la práctica profesional. A modo de reflexión final, las convergencias y divergencias pueden ser pensadas como momentos dentro del proceso de atención, que exige de los profesionales un complejo proceso de articulación entre una multiplicidad de factores que se ponen en juego cada vez, y de manera diferente, en cada caso.

Palabras clave: Ley de Salud Mental, Psicoanálisis, Internación Niños, Niñas, Adolescentes.

Introducción

Presentación del tema y problema de investigación

Existen diferentes dispositivos dirigidos a la población infantil que ofrece el Servicio de Salud Mental del único hospital pediátrico de la provincia del Chaco, entre ellos, el de internación de niños, niñas y adolescentes (NNyA) por motivos de salud mental. A partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, este nosocomio cuenta con un marco que regula su funcionamiento y lo formaliza dentro de las prácticas ejercidas en los Servicios de Salud Mental.

La modalidad de internación en este hospital pediátrico no es llevada a cabo únicamente por los profesionales del Servicio de Salud Mental, sino que involucra a diversos actores institucionales que se ponen en acción al momento de dar respuesta a un NNyA que presente criterio de internación. Por lo general, el procedimiento se inicia con la evaluación de la urgencia en el Servicio de Emergencia, donde el niño es recibido por los médicos pediatras de guardia, quienes realizan una interconsulta con los profesionales del Servicio de Salud Mental. La evaluación es integral e interdisciplinaria (psicólogo, psiquiatra, trabajador social) y, si se decide la internación, se dialoga con el médico de guardia, a fin de realizar el relevamiento de las camas disponibles en sala general. Posteriormente, se procede al ingreso del paciente, quien permanece internado el tiempo que el equipo de salud mental designado para el seguimiento del caso considere necesario, recibiendo además el seguimiento médico-clínico.

El procedimiento detallado implica acciones complejas, en las que pueden surgir conflictos tanto entre las posiciones de los profesionales del propio Servicio de Salud Mental, como entre éstos y los del Servicio de Emergencia, o incluso, con el jefe de la sala general. En estas situaciones, en determinadas ocasiones, pueden requerir la intervención de los directivos para su resolución.

Además del procedimiento institucional descripto, la modalidad de internación se sostiene, desde el Servicio de Salud Mental, en una práctica profesional fundamentada, en la cual predomina la escucha y la intervención psicoanalítica, principalmente en el trabajo de psicólogos y psicólogas. Asimismo, puede observarse que el discurso psicoanalítico atraviesa también al resto de las disciplinas involucradas. Sin embargo, en tanto miembros del Servicio de Salud Mental, los profesionales deben ejercer sus

prácticas em concordancia con las normativas establecidas por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010).

Ahora bien, es frecuente notar ciertos desacuerdos, interrogantes e incluso controversias entre los profesionales del Servicio de Salud Mental respecto a las pautas establecidas por dicha ley en lo referido a la internación, así como divergencias en el enfoque, según la percepción de los propios profesionales.

Esto evidencia el constante movimiento en el que se encuentran los profesionales, situados entre su posición como psicoanalistas y como agentes del Estado dentro de una institución de salud pública regida por políticas sanitarias que encuadran, promueven y, a veces, limitan sus prácticas. Estos profesionales no son meros reproductores de dichos discursos, sino que se encuentran atravesados por ellos y por su condición de practicantes del psicoanálisis. La relación entre ambas perspectivas implica articulaciones complejas, cuyas posibilidades y tensiones se reflejan en el modo de funcionamiento de la internación, lo que su vez repercute en la población infantil a la cual está dirigida.

En el desarrollo de esta tesis, a partir de una primera etapa exploratoria del tema, hemos notado que esta cuestión no se circunscribe exclusivamente al hospital mencionado. Por ejemplo, una investigación realizada en Buenos Aires también analizó la relación entre la práctica psicoanalítica y la Ley de Salud Mental. Así, Gabriela Z. Salomone y Giselle López (2016) afirman:

Es en tanto profesionales de la salud que los psicoanalistas desarrollan su praxis en un contexto socio-histórico, económico y cultural determinado y, por ende, la Ley de salud mental argentina les concierne sin excepción. Consecuentemente, en virtud de la distancia entre las nociones de “salud mental” y la lógica singular del psicoanálisis, se torna necesario echar luz sobre las conceptualizaciones que emanan de la ley y su incidencia en la práctica psicoanalítica. (p.119)

Nos proponemos circunscribir el tema expuesto a la práctica de internación por razones de salud mental en un hospital pediátrico particular, con el fin de analizar la incidencia de la Ley de Salud Mental como pauta orientadora para la identificación de los criterios de internación, permanencia y alta de NNyA. Cabe señalar que la Ley de Salud Mental aporta regulaciones claras respecto de las internaciones en general (de adultos), especificando que, en las internaciones de NNyA, rige lo establecido en el artículo 26;

por lo tanto, deberán considerarse como internaciones involuntarias, respetando la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos. No se observa en la ley alguna otra aclaración respecto a la especificidad de la internación de NNyA por motivos de salud mental.

Objetivos

Objetivo General

-Establecer un cuadro de situación de los puntos de convergencia y divergencia entre las normativas presentes en la Ley de Salud Mental N° 26.657 y la práctica del psicoanálisis en el abordaje de las internaciones de NNyA en un hospital pediátrico de la Provincia del Chaco, durante los últimos cinco años, articulando con las propias concepciones de las y los profesionales del Servicio de Salud Mental.

Objetivos específicos

-Identificar los aspectos deontológicos y legales que introduce la Ley de Salud Mental y que enmarcan la labor profesional en el ámbito hospitalario.

-Examinar el conocimiento sobre la Ley Nacional de Salud Mental que tienen los practicantes del psicoanálisis en el hospital pediátrico de la provincia del Chaco.

-Relevar las concepciones actuales en materia de infancia y adolescencia, en función del paradigma de derechos: Convención Internacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Ley N° 26.061, Ley Provincial N° 7.162, entre otras.

-Describir aquellos aspectos de la Ley de Salud Mental que suscitan mayores obstáculos y/o facilitaciones para el ejercicio de la práctica del psicoanálisis al momento de la internación de NNyA.

-Caracterizar los principales lineamientos conceptuales del psicoanálisis en lo que respecta la especificidad de la práctica psicoanalítica con niños en el contexto de una internación por motivos de salud mental.

-Registrar las articulaciones posibles entre la dimensión clínica y los aspectos normativos y conceptuales de la Ley Nacional de Salud Mental, que funcionan como

pauta orientadora para la identificación de criterios de internación, permanencia y alta de NNyA.

Contexto

El estudio se realizó en el único Hospital Pediátrico de la Provincia del Chaco, de complejidad VIII, que atiende a NNyA desde los 45 días hasta los 13 años de edad inclusive. Al ser considerado un hospital de alta complejidad y contar con más de 23 especialidades, recibe derivaciones tanto de pacientes de los centros de salud del área metropolitana como del interior de la provincia y de provincias limítrofes (Formosa, Santa Fe, Santiago del Estero, etc.). Cuenta con guardias activas que funcionan las 24hs en la emergencia, terapia y guardia interna, y con guardia pasiva en el resto de las especialidades. Ofrece atención por consultorio externo y bajo la modalidad de internación (sala de quirúrgicos, aislamiento, quemados, clínica médica, UTI). Además de los servicios por especialidad, incluye la unidad de Atención Temprana, de Cuidados Paliativos, Oncología, Docencia e Investigación, Hospital de día, Epidemiología, el Comité de ética, Laboratorio, Informática, la Escuela hospitalaria, Asesoría legal, Farmacia, entre otros. Cuenta con Residencia de Pediatría, Kinesiología y Enfermería, y también recibe rotantes de diversas residencias.

Este hospital, además, tiene la particularidad de ser el único en la provincia del Chaco que realiza las internaciones de NNyA por motivos de salud mental, a cargo del Servicio de Salud mental, conformado por los siguientes profesionales: 7 psicólogos (incluyendo al jefe de servicio), 2 médicas psiquiatras, 1 trabajador social y 1 musicoterapeuta y 2 administrativos.

Allí se realizan diversas actividades, entre las que se incluyen interconsultas, atención por consultorio externo, talleres dirigidos a padres y niños, y actividades de formación dirigidos a los residentes de tercer año de Salud Mental del Hospital de Adultos de la provincia —quienes rotan por el servicio durante dos meses—. Asimismo, se dictan clases a residentes de Pediatría, se brindan actividades de orientación y acompañamiento a estudiantes del último año de la carrera de Psicología, y se participación en ateneos, visitas domiciliarias, entre otras acciones.

Al momento de la evaluación de la urgencia y del ingreso del niño/a bajo la modalidad de internación, se designa un profesional de cada disciplina (psicólogo, psiquiatra y trabajador social), quienes serán los responsables del seguimiento durante la internación, así como de la definición de las estrategias terapéuticas y de los criterios de alta del paciente.

Desde febrero de 2022, los profesionales del servicio de salud mental realizan guardia pasiva (de 16:00 a 8:00, de lunes a viernes, y de 24 horas los fines de semana y feriados). Según consta en los registros de atenciones de la guardia pasiva de salud mental, los motivos de consulta más frecuentes que han requerido internación han sido: crisis de excitación psicomotriz, descompensaciones psicóticas, ideas de muerte, intento de suicidio, conductas autolesivas y heteroagresividad.

Estrategia metodológica

Se planteó una investigación cualitativa de carácter exploratorio descriptivo, organizada en 4 fases que permitieron la sistematización de los resultados, relativos a los puntos de convergencia y divergencia de las concepciones de la Ley de Salud Mental y las de la práctica psicoanalítica en el hospital seleccionado. Se trabajó con fuentes primarias y secundarias.

Fase 1. Actualización y sistematización de los conocimientos disponibles sobre la Ley de Salud Mental

1.1 Relevamiento de documentación bibliográfica y resultados de investigaciones.

Para llevar a cabo esta tesis, el relevamiento de la documentación bibliográfica y de los resultados de investigaciones se realizó a través del análisis de materiales generados en los propios órganos responsables de las políticas públicas en salud mental, principalmente la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones / Ministerio de Salud de la Nación y otras fuentes producidas desde diversas disciplinas (libros, revistas científicas, papers, entre otros). En éstos/as se reflexiona, conceptualiza y sistematizan los diferentes tópicos involucrados en la ley, particularmente en lo referido a la práctica de la internación en salud mental.

1.2 Actualización de los conocimientos disponibles en materia de disposiciones jurídicas y encuadre deontológico para los problemas planteados.

En lo que respecta al encuadre jurídico, se relevó en particular las normativas legales vigentes relativas al nuevo paradigma en salud mental (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, protocolos de actuación, documentos internacionales, etc.); legislación local relativa a las obligaciones profesionales de la Psicología en el tema de referencia (Ley de Ejercicio Profesional N° 3.203, por ejemplo) y del ejercicio de otras disciplinas que conforman el equipo de internación (médico, trabajador social, enfermero). Asimismo, se analizaron las normativas jurídicas de protección de derechos de NNyA (Convención internacional sobre los derechos del niño; Ley de Protección Integral N° 26.061 de Derechos de NNyA; Ley Provincial N° 7.162, etc.)

Para el relevamiento del encuadre deontológico se incluyó el análisis del Código deontológico nacional establecido por la Federación de Psicólogos de la República Argentina y el Código de ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia del Chaco, con el objeto de realizar un trabajo comparativo conceptual respecto de las nuevas disposiciones jurídicas sobre la internación y las obligaciones que derivan de los derechos de NNyA.

Fase 2. Relevamiento de las concepciones y perspectivas de las/os profesionales

Se entrevistó a 11 profesionales (muestra de tipo finalística), que se han desempeñado en el Servicio de Salud Mental y/o que lo hacen actualmente y que han intervenido en casos clínicos con las características mencionadas (internación por motivos de salud mental). Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada para la cual se confeccionó una guía de preguntas (protocolo de entrevista) a partir de ejes relacionados con la Ley de Salud Mental y el Psicoanálisis.

- Los ejes de indagación fueron:

a) Conocimiento sobre la Ley de Salud Mental.

b) Cuestiones de la ley que identifican como obstáculos y/o facilitadores al momento de ejercer su práctica psicoanalítica.

c) La consonancia entre los fundamentos teóricos del psicoanálisis y los postulados de la ley.

d) Las intervenciones desde la clínica psicoanalítica durante la internación.

Se realizaron, además, entrevistas a otros profesionales del hospital pediátrico que intervinieron y/ o intervienen en la internación de NNyA por motivos de salud mental, a fin de obtener información sobre las normas institucionales y los discursos de otras disciplinas, a saber: jefe de la Emergencia, jefe de Sala de internación y jefe de enfermería.

Fase 3. Relevamiento de casos.

Esta fase implicó el relevamiento de casos de internación de NNyA, producidos en los últimos cinco años. El sentido de obtener estos materiales fue conocer el modo en que estas situaciones se presentan y ahondar en sus aspectos cualitativos. Fundamentalmente, se tomó conocimiento de los casos a través de las entrevistas con informantes claves, se tuvo en cuenta las experiencias de los profesionales del Servicio de Salud Mental en lo que respecta a las internaciones realizadas durante los últimos cinco años.

Fase 4. Sistematización de los resultados del análisis de los materiales.

El análisis, la interpretación y la integración de los datos se exponen en los apartados mediante el entrecruzamiento o triangulación entre conceptos nodales, las investigaciones previas y las prácticas de los profesionales.

En el capítulo 1 “La Ley de Salud Mental”, el apartado 1.e incluye las discusiones establecidas entre este eje temático y las respuestas de los profesionales. La siguiente articulación se realizó en el capítulo 2 “Psicoanálisis y Salud Mental”, específicamente en el punto 2.d donde se desplegó el complejo entrecruzamiento entre ambas áreas. Por último, en el capítulo 3 “La internación de NNyA: una posible respuesta ante la urgencia en salud mental”, la articulación se desarrolló a lo largo de los puntos 3.c y 3.d, apartados donde se evidencia la constante interrelación entre clínica y teoría, entre agente de salud mental y psicoanalista, interacción dinámica y en permanente tensión.

-Se respetaron las pautas establecidas por las normas APA 6ª edición.

Capítulo 1: La Ley de Salud Mental

1.a. Presentación

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina, en el año 2010, y su reglamentación en 2013, se produjo una modificación en los modos de percibir y abordar los tratamientos de las personas con padecimiento mental. En el año 2015, la Cámara de Diputados de la Provincia del Chaco adhirió a esta ley nacional.

La Ley de Salud Mental (2010) tiene como soporte normativas que la preceden, entre las que incluye:

Los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991(...). La Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990. (Ley N° 26.657, 2010, art. 2)

Esta ley promueve la inclusión de la salud mental como un asunto del que deben ocuparse las políticas públicas. Desde sus inicios generó la revisión y modificación de las prácticas sostenidas en ese momento, de modo que apuntó a una transformación desmanicomializadora, acentuando que las personas con padecimiento mental son sujetos de derecho.

Definió, además, las modalidades de abordaje más adecuadas, entre las que se incluyen el trabajo interdisciplinario e intersectorial, principalmente en la comunidad donde residen los sujetos, basado en los principios de la atención primaria de la salud, promoviendo el trabajo comunitario, grupal y la inclusión de las personas con padecimiento mental en su comunidad. Por otro lado, dicha ley propuso en consonancia con el respeto por los derechos de los pacientes, la implementación del consentimiento informado.

A su vez, esta legislación amplió el modo en que se concibe a la salud mental, al reconocerla como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento

implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley N° 26.657, 2010, art. 3).

Respecto a la salud mental de NNyA, las intervenciones incluyen tanto el trabajo individual, como también acciones dirigidas a promover cambios en su entorno más próximo. No es posible pensar la salud mental del niño/a sin considerar el contexto familiar, cultural, social, económico en el que se encuentra inserto con su grupo primario de apoyo. Dichos componentes forman parte de la definición de salud mental establecida en la Ley Nacional de Salud Mental.

En lo que respecta a las internaciones, la ley manifiesta que debe ser “considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Ley N° 26.657, 2010, art. 14), destacando al mismo tiempo que “debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios” (Ley N° 26.657, 2010, art. 15).

En el caso de la internación de NNyA, dispone que se debe proceder bajo los lineamientos indicados para la internación involuntaria, agregando que “además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos” (Ley N° 26.657, 2010, art. 26). Al respecto, cabe mencionar la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989), la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005) y la Ley Provincial N° 7.162 (2012).

La internación involuntaria, es considerada —en la ley— como “un recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” (Ley N° 26.657, 2010, art. 20), por lo que la internación debe respetar criterios e indicarse solo si se presentan ciertas condiciones, siendo función del Órgano de Revisión asegurar el correcto cumplimiento de la Ley de Salud Mental, cuyo fin es “garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental” (Ley N° 26.657, 2010, art. 29).

Respecto al relevamiento de investigaciones, consignado en Fase 1, existen numerosas publicaciones sobre la Ley Nacional de Salud Mental y sus posibilidades de implementación en hospitales polivalentes, las cuales arrojaron resultados sobre los

aspectos de la ley que mejoraron las condiciones de internación y enriquecieron la práctica profesional, así como también sobre las situaciones que obstaculizan su correcta aplicación, relacionadas principalmente con la falta de recursos humanos, infraestructura, capacitación, etc.

En este trabajo se seleccionaron solo algunas, poniendo el foco en aquellas que abordan la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en relación con el tema de la internación por motivos de salud mental, y que permiten reflexionar sobre la internación de NNyA, en particular. Cabe aclarar que el material encontrado fue escaso, observando mayor producción en lo respecta a la internación de salud mental de adultos.

La correcta aplicación de la esta ley ha generado y continúa generando disputas y cuestionamientos en torno a su validez y efectividad. Basándose en investigaciones de distintas provincias, Alejandra Barcala (2018) plantea un panorama desalentador al sostener que las “políticas implementadas no tuvieron un impacto significativo en el campo de la salud mental infantil, y paradójicamente muchos niños y niñas encuentran sus derechos vulnerados. Éstas también permitieron visibilizar las desigualdades en la provisión de cuidados en salud mental” (p. 28).

Esta autora señala que los principales problemas están asociados a la falta de adecuación entre las posibilidades de atención que ofrecen los servicios de salud y el aumento de consultas de NNyA en situación de vulnerabilidad social, que generan nuevos modos de sufrimiento psíquico. Actualmente, existe una tendencia a la medicalización y patologización de la infancia. De este modo, se desconoce la multiplicidad de factores en juego como ser la singularidad, su cultura, etnia y tiempos de constitución subjetiva. Además, se incluye la falta de dispositivos que ofrezcan atención integral, lo que lleva a la derivación de los NNyA a otras instituciones. Por otro lado, Barcala (2018) advierte falencias en factores estructurales relacionados con la falta de equipos interdisciplinarios y de coordinación intersectorial.

Esto ya había sido visibilizado en el Plan Nacional de Salud Mental 2013 (PNSM, 2013), donde entre los problemas detectados surgió que “la oferta de la red de servicios de Salud/Salud Mental no contempla la especificidad de la problemática en niños, niñas y adolescentes” (PNSM, 2013, problema n° 4) y, con respecto a las internaciones, propuso como objetivos “generar dispositivos, programas y recursos para la detección temprana de problemáticas de Salud Mental y padecimiento psicosocial, evitando que de estas

acciones sobrevenga una tendencia al sobrediagnóstico y a la adopción de conductas terapéuticas innecesarias” (PNSM, 2013, objetivo n° 4), aludiendo principalmente a las derivaciones fuera del área de residencia de los sujetos e internaciones sin ofrecer otras alternativas terapéuticas.

Otro de los objetivos propuestos fue “promover abordajes integrales de Salud/Salud Mental desde los servicios polivalentes y/o de pediatría del segundo nivel de atención, garantizando la cobertura a toda edad, incorporando intervenciones tales como internaciones en el hospital polivalente, desintoxicación, entre otras prestaciones” (PNSM, 2013, objetivo n° 5).

Desde la perspectiva de los profesionales de guardia de un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires, Mariana Heredia (2019) tras su investigación manifiesta que las principales dificultades están relacionadas con la internación por motivos de salud mental, afirmando que:

Los criterios para indicarla deben adecuarse a lo establecido por la Ley Nacional, la falta de dispositivos alternativos para evitarlas, la ausencia de efectores para derivar cuando no hay camas disponibles y, en ocasiones, el sostenimiento en salas de clínica general por razones intrahospitalarias y de capacitación del personal, forman parte de los obstáculos habituales. (p. 127)

Además, en esta investigación se hace referencia desde una perspectiva de salud mental comunitaria, que la falta de respuesta del Estado respecto a dispositivos alternativos para NNyA en la comunidad, tiene como consecuencia un aumento de las internaciones como única salida terapéutica posible.

1.b. Enfoque de Derechos

Para comprender en profundidad la Ley de Salud Mental es fundamental conocer tanto el contexto social y político que le dio origen, como aquellos aspectos propulsores. Se decretó en el año 2010, pero se comenzó a gestar muchos años antes e implicó modificaciones tanto a nivel conceptual como operacional, brindando un marco para el abordaje de las personas con padecimiento mental.

Silvia Faraone y Alejandra Barcala (2020) en una reconstrucción histórica, describen los acontecimientos que abrieron camino para la creación de la ley. Uno de sus

principales antecedentes está relacionado con el impulso de quienes comenzaron a reclamar justicia por los crímenes ocurridos durante la última dictadura militar argentina, cuya finalización, en 1983, marca simultáneamente el inicio de numerosos movimientos sociales que visibilizaron la vulneración de derechos humanos padecida por determinados sectores de la población.

A partir de allí, se comenzó a poner la mirada en los sujetos con padecimiento mental que formaban parte de los grupos más vulnerables, sobre los cuales se ejercían prácticas represivas de control, pues eran confinados a la internación crónica en los manicomios. Sus voces fueron silenciadas, inhabilitándolos para exigir, por sí mismos, el respeto de sus derechos. Dichas internaciones se realizaban en condiciones inhumanas, sin perspectiva de tratamientos que propiciaran su externación y sin posibilidades de sostener lazos que les permitieran mantener contacto con la comunidad. Los manicomios funcionaban como depósitos de las personas con sufrimiento mental.

Hacer pública la situación de personas con padecimiento mental internadas, que además formaban parte de un sector de la población con clara vulneración de derechos, marca la unión entre dos áreas que, desde ese momento, quedaron íntimamente relacionadas: Salud Mental y Derechos Humanos. Así lo expresa Armando Bauleo (como se citó en Faraone y Barcala, 2020): “La salud mental y los derechos humanos no sólo van de la mano sino también se intrincan e interinfluyen, siendo difícil señalar prioridades o distinguir los límites entre ambas” (p. 7).

A través de la creación de la Ley de Salud Mental se logra el reconocimiento formal del derecho de las personas con padecimiento mental y, por lo tanto, el pasaje de “una visión represiva a una democrática y de derechos” (Galende, 2017, párr. 4).

Asimismo, en lo que respecta específicamente a las internaciones, la Ley de Salud Mental establece un nuevo encuadre y normativas específicas para su concreción. Numerosos estudios sobre esta ley coinciden en que su formulación implicó un cambio de paradigma en el abordaje de las problemáticas de salud mental. El hecho de reconocer como sujeto de derecho a quien padece algún sufrimiento subjetivo y requiere internación, supuso un freno a prácticas represivas, cuyos fines apuntaban a normalizar conductas. También se empezó a visibilizar el posicionamiento profesional sostenido durante años, lo que permitió comprender que “la impotencia del especialista para controlar la conducta del enfermo hace necesario el ejercicio de un poder mayor para lograr su objetivo”

(Galende, 2015, p. 7), un uso del poder que puede encontrar sus límites a partir de la regulación que establece nuestra ley.

Este nuevo paradigma propone rescatar la dignidad humana al garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas con sufrimiento mental, reconociendo su vulnerabilidad y, por lo tanto, la necesidad de protección por parte del Estado. El gran impacto —y, en la misma proporción, las resistencias— generadas en torno a la ley pueden entenderse como intentos de perpetuar el ejercicio del poder de ciertos discursos hegemónicos con respecto al sufrimiento mental, ya que la Ley de Salud Mental “propone una distribución del poder en distintos niveles: en la relación médico-paciente; al interior de los equipos de salud; a nivel sectorial; en una concepción de sujeto capaz, partícipe y protagonista de las políticas, servicios y programas” (Yoma, Passini y Buriyovich, 2018, p. 65).

Al hablar sobre las prácticas de salud mental desde una perspectiva de derecho, Alicia Stolkiner (2012) rescata el concepto de dignidad, defendiendo que:

Ninguna persona sea ubicada en el lugar de objeto, de medio o de mercancía, constituyéndose en pilar conceptual de los derechos humanos. Desde nuestra disciplina, esto implica el innegable reconocimiento de la voz y la palabra del sujeto en todo proceso que lo implique. (p. 27)

De este modo, permite pensar el lugar del sujeto de las prácticas de salud mental, destacando el desplazamiento de un rol pasivo —objeto de intervenciones— a un lugar activo, con espacio para tomar la palabra. Dicho espacio no depende de la voluntad ni de la posición ideológica del profesional, sino que está garantizado por el marco normativo que brinda la Ley de Salud Mental.

Las disputas de poder siguen vigentes, por lo que la ley no solo encuadra el quehacer profesional, sino que tiende a limitar a aquellos sectores que buscan hacer ingresar a la “enfermedad mental” y el tratamiento correspondiente dentro de las lógicas del mercado; en tanto, los sujetos y los servicios que se ofrecen adquieren el sentido de mercancía, donde distintos sectores corporativos tienen como único eje orientador la generación de rentas financieras que los benefician. En este sentido, fue imprescindible la reformulación de las prácticas de salud mental a partir de regulaciones del Poder Legislativo, organismos de la Justicia, junto con las acciones del Poder Ejecutivo, sumadas a las fuerzas impulsadas por organizaciones defensoras de los derechos humanos

y de profesionales y técnicos del área de la salud mental, y ONG de usuarios y familiares (Galli, 2011).

La definición de salud mental presente en esta ley argentina visibiliza la lucha de poderes y los discursos dominantes que han regido el modo de entender el padecimiento mental. Así lo destaca Vicente Galli (2011) al manifestar que “en ninguna parte del texto de la ley se habla de enfermedad mental, sino de personas con padecimiento mental. No se habla de tratamientos sino de procesos de atención” (p. 50), en un intento de romper con la posición ideológica de la psiquiatría, que sostiene una mirada fragmentada del padecimiento psíquico, ya que la nominación de “enfermedad mental” desconoce tanto la complejidad de variables que hacen a la existencia del sujeto como el contexto histórico y social de donde surgen. Aislar de este modo al sufrimiento psíquico responde a discursos hegemónicos, buscando amoldar a los sujetos a los dispositivos científicos, ideológicos, legislativos y administrativos. Galli (2011) sostiene que la intención es:

Acallar o hacer desaparecer los síntomas de las personas y/o encerrar a las personas que los portan, más que entenderlos como clamores, buscar causas más allá de las de la encerrante acusación de anormalidad o alienación personal, o en la biología o en los prejuicios. (p. 50)

Siguiendo la propuesta de Galli (2011), es necesario reconocer que no es posible pensar el sufrimiento mental ni las elaboraciones teóricas y técnicas para su comprensión y abordaje sin tomar en cuenta su soporte en el orden del lenguaje y la significación.

Es decir, existe estrecha relación entre el sufrimiento del sujeto y los símbolos que lo ligan al mundo, símbolos que cada sociedad, cada cultura pone en juego (Galende, 1990).

Las resistencias existentes en torno a la Ley de Salud mental y su relación con el “autoritarismo” son puestas en evidencia por Mario Rovere (2018), quien expresa que, “sea bajo la forma de golpes de Estado o sea bajo marcos de democracia formal, siempre verá como amenaza una salud mental emancipadora, estrechamente aliada al movimiento mundial por garantizar los derechos sociales de toda la ciudadanía” (p. 64). Existe una “fuerte sincronía” entre salud mental y los derechos humanos, por lo que la mayor promoción, concreción y ampliación de los derechos humanos incide directamente en las prácticas y dispositivos del área de salud mental dirigidos a la población (Rovere, 2019).

Igualmente, es necesario incluir la perspectiva de derechos en el fundamento mismo de la indicación de internación por motivos de salud mental, lo cual queda claramente expresado por Alfredo Kraut (2014), quien sostiene que “el nuevo Código consagra la internación y la externación como un derecho fundamental de la persona” (p. 3), y establece las necesarias aclaraciones que favorecen que la internación sea desde este enfoque de derecho. Así prosigue:

El nuevo paradigma, que concibe la internación como un derecho para la protección y mejora de la persona, impone el control constante de la legalidad de la restricción y el cambio de la medida por cualquier otra que implique menor restricción para ella, siempre que sea posible. (p. 3)

Es decir, en la toma de decisiones se respeta el criterio del equipo técnico, pero, simultáneamente, al indicar la internación, se respeta el derecho del sujeto con padecimiento mental. De este modo, internar a un NNyA cuando su cuadro clínico y estado de salud así lo requiera va en la vía de respetar su derecho a la salud. Por supuesto, la evaluación deberá indicar que es la medida adecuada, tras el análisis de los criterios clínicos que presente el paciente.

1.c. Aspectos normativos con relación a niños, niñas y adolescentes

En este apartado se trabaja principalmente sobre aquellas normativas vigentes, nacionales e internacionales, sobre las que se asentó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, y sobre otras declaraciones de igual importancia que la toman como sustento y la enriquecen, generando un entramado simbólico que busca proteger la salud/salud mental de todos los ciudadanos de la República Argentina.

Es responsabilidad del Estado garantizar el derecho a la salud, y obligación del Congreso “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes” (Constitución Nacional Argentina, 1994, art. 23). Así, resulta imprescindible, al hablar de salud/salud mental, hacer mención a la salud como un derecho humano inalienable; no es posible pensar uno sin el otro. Nuestra Constitución Nacional (1994) señala la obligatoriedad del cumplimiento de los tratados internacionales sobre derechos humanos, por lo que el acceso a la salud integral es un derecho que el Estado debe garantizar. También, la

Constitución de la Organización Mundial de la Salud deja de manifiesto que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Constitución de la OMS, 1946, Preámbulo).

La Ley de Salud Mental (2010) se enmarca desde una perspectiva de derechos que promueve tanto la protección de la salud mental de las personas como el respeto por el goce de los derechos que tienen las personas con padecimiento mental. Y, si bien ya existían tratados internacionales que enunciaban los derechos de las personas con padecimientos mentales, como el de ser “tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana” (Principios para protección de los enfermos mentales, 1991, p. 1), fue necesario reafirmar la obligatoriedad de respetar sus derechos, tal como lo menciona el artículo 2 de la Ley de Salud Mental, dado que estas personas se encontraban en una situación de desamparo, desprotección, vulnerados en sus derechos y sin una participación activa por parte del Estado, a fin de revertir esta situación.

En el segundo artículo de la Ley de Salud Mental (2010), se declara que en su conformación están incluidos: a) los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991; b) la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990; y c) los Principios de Brasilia Rectores.

A continuación, se realiza una breve descripción de estos acuerdos internacionales en lo que respecta a la población de NNyA.

En Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991), se detalla que “todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos sus derechos, los cuales son reconocidos tanto en la Declaración Universal de Derechos Humanos como en los Pactos Internacionales” (Principios de la ONU, 1991, n° 1, punto 5) y, en relación con la protección de los NNyA, “se tendrá especial cuidado en proteger sus derechos, estableciendo la posibilidad de asignar a un representante legal (fuera del grupo familiar) en caso de ser necesario” (Principios de la ONU, 1991, n° 2).

En la Declaración de Caracas (1990), se aboga por el respeto de todos los derechos de los enfermos mentales, e insta a que el resto de los países legislen a favor de este principio, sin hacer mención explícita a los NNyA.

En lo que respecta a los Principios de Brasilia (2005), sobre los NNyA, se realiza una “advertencia”, destacando que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos, tales como el aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia.

Volviendo a la Ley de Salud Mental (2010), en relación con las internaciones de NNyA, esta determina que se debe actuar respetando la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos; las principales normativas a las que hace referencia el artículo 26 se detallan a continuación:

En 1924, la Sociedad de Naciones adopta la Declaración de Ginebra sobre los derechos del niño, que establece que “la humanidad ha de otorgar al niño lo mejor que pueda darle, afirman así sus deberes, descartando cualquier discriminación por motivos de raza, de nacionalidad o de creencia” (Declaración de Ginebra, 1924, p. 1). En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948), se menciona que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales” (DUDH, 1948, art. 25, punto 2). Posteriormente, en la Declaración Universal de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (1959), se estableció un acuerdo internacional sobre los derechos fundamentales de NNyA, que propone que gozarán de “una protección especial y dispondrán de oportunidades y servicios (...) para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad” (Declaración Universal de los Derechos del Niño, 1959, art. 2), cuyo fin principal es atender al interés superior del niño. Al mismo tiempo, sostiene la importancia del derecho de la niñez a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados, y explicita que quienes se encuentren física o mentalmente impedidos, o sufran algún impedimento social, deben recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que cada caso requiera.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966) propone que “todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna (...) a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado” (PIDCP, 1966, art. 24), y el Pacto Internacional de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales (PIDESC, 1966) destaca que “se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición” (PIDESC, 1966, art. 10).

En materia de infancias, la Convención Internacional de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDN, 1989) es considerada un hito histórico clave para las infancias, en tanto reconoce formalmente sus derechos. Aprobada como tratado internacional de los derechos humanos en noviembre de 1989, es considerada la primera ley internacional sobre niñas y niños en cuanto a sus derechos. Argentina ratificó la Convención en 1990 y obtuvo rango constitucional en 1994, reconocida oficialmente como Ley N° 23.849, tras el Pacto de Olivos.

Entre sus principios fundamentales, la Convención (1989) establece que “en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño” (CDN, 1989, art. 3, punto 1), y que “los Estados Partes se deben asegurar que todas aquellas instituciones encargadas de su cuidado o protección cumplan con las normativas establecidas en cuanto a seguridad, sanidad, cantidad y formación idónea del personal y supervisión adecuada” (CDN, 1989, art. 3, punto 3). Además, brinda un posible encuadre para pensar la internación por motivos de salud mental, al plantear que “los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado” (CDN, 1989, art. 20, punto 1).

La asistencia ofrecida al niño/a durante esta situación, y los motivos por los cuales se sugiere esa medida, deben estar en consonancia con lo declarado por la Convención:

Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad. (CDN, 1989, art. 23, punto 1)

Este tratado internacional prosigue indicando “el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales (...) que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres” (CDN, 1989, art. 23, punto 2), uno de los aspectos claves para considerar la indicación de internación (tema que se desarrollará más adelante).

Propone, asimismo, que la asistencia prestada ante estas necesidades debe ser gratuita en la medida de lo posible, garantizando el acceso efectivo a los servicios sanitarios y de rehabilitación, entre otros. En la misma línea, considera prioritario el respeto del derecho del niño “al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud” (CDN, 1989, art. 24, punto 1).

Continuando con la asistencia en salud, respecto a la internación de NNyA, dice expresamente que:

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación. (CDN, 1989, art. 25, punto 1)

En el año 2008, entró en vigor la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad (CDPD, 2008), que reconoce “que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas” (CDPD, 2008, punto r), recordando el compromiso que asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño. En nuestro país, está oficialmente reconocida como Ley N° 26.378 (2008) y, en la provincia del Chaco, fue sancionada en el año 2009 como Ley Provincial N° 6.477.

En la Argentina, contamos con la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061, sancionada en 2005, que “tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina”, garantizando “el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente” de estos derechos (Ley N° 26.061, 2005, art. 1).

Propone, igualmente, que la Convención sobre los Derechos del Niño es de aplicación obligatoria. Se fundamenta esencialmente en el respeto por el interés superior del niño, es decir, “la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley” (Ley N° 26.061, 2005, art. 4). Esto implica, entre otros aspectos, “respetar su condición de sujeto de derechos” (Ley N° 26.061, 2005, art. 3, punto a).

Respecto al lugar otorgado a la familia —uno de los aspectos principales en el proceso de atención integral de los niños—, esta ley afirma que:

La familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías. El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos. (Ley N° 26.061, 2005, art. 7)

La Ley de Protección integral (2005) establece el derecho al acceso a la salud y atención integral de NNyA, quienes tienen derecho a “recibir la asistencia médica necesaria y a acceder, en igualdad de oportunidades, a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud” (Ley N° 26.061, 2005, art. 4).

En la provincia del Chaco, la Ley N° 7.162 (2012) de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes, que “ratifica las disposiciones, principios, derechos y garantías, así como las premisas rectoras, definiciones y conceptos de la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes” (Ley N° 7.162, 2012, art. 1). Los órganos responsables de su aplicación son: la Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, con sede en la ciudad de Resistencia, el Consejo Provincial de Niñez, Adolescencia y Familia; y ocho (8) Consejos Regionales de Representantes Locales.

Otro texto jurídico fundamental es la Ley de Derecho de los Pacientes N° 26.529 (2009), sancionada en el año 2012 en la provincia del Chaco (Ley Provincial N° 6.925), que regula las relaciones entre el paciente y los profesionales e instituciones de salud, afirmando que:

El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente. (Ley N° 26.529, 2009, art. 2, punto a)

En relación con la autonomía, la ley dispone que “los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061, a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud” (Ley N° 26.529, 2009, punto e).

Es ineludible referenciar el artículo 7, que prescribe el consentimiento informado verbal, salvo excepciones como la internación, clarificando el marco legal de dicha intervención al respetar los derechos que, como pacientes, tienen los NNyA. Al mismo tiempo, la Ley de Derechos del Paciente (2009) contempla la salvedad “cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales” (Ley N° 26.529, 2009, art. 9, punto b).

No obstante, cabe destacar que la internación de NNyA por motivos de salud mental, cuando presentan riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, se rige —según la Ley Nacional de Salud Mental (2010)— como internación involuntaria. Por lo tanto, requiere que el informe del equipo interdisciplinario sea ratificado por el juez de turno, a fin de que la internación pueda ser sostenida.

Lo expuesto no contradice la necesidad de mantener al NNyA informado sobre los procedimientos médicos, los recursos a utilizar y los motivos de su internación, con lenguaje claro, comprensible y adaptado a su edad. Asimismo, se debe respetar su derecho a ser oído por los profesionales, así como su capacidad de autonomía progresiva para la toma de decisiones.

Esto se desprende de la concepción del NNyA como sujeto de pleno derecho, promovida por la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989), en cuyo artículo 12 establece el derecho de los niños a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afectan, teniéndose en cuenta en función de la edad y madurez.

En Argentina esta concepción sobre la infancia es reforzada a partir de la Ley de Protección Integral de los Derechos de NNyA (2005), desplazando así la antigua visión del Modelo Tutelar instaurado por la Ley de Patronato de Menores de 1919.

Además, tras la reformulación del Código Civil y Comercial (CCyC, 2015), se establece que “la persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales” (CCyC, 2015, art. 26). Asimismo, se aclara que además que “la que cuenta con

edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico” (CCyC, 2015, art. 26), introduciendo de este modo la noción de autonomía progresiva, propuesta por la CDN (1989).

Ahora bien, para proceder con la internación, la Ley de Salud Mental establece que no se requiere de la voluntad del NNyA, por lo que aquí se ponen en juego varias cuestiones:

a) En el caso de menores de edad, la internación se informa directamente al juez, independientemente de que el niño cuente con un tutor legal.

b) Por otro lado, el hecho de que el niño no esté en condiciones de tomar una decisión como esta no lo excluye de ser informado sobre los motivos de dicha medida, debiendo utilizarse formas de comunicación adecuadas a su nivel de comprensión.

Como profesionales de salud mental y practicantes del psicoanálisis, parte de nuestro ejercicio implica introducir la dimensión subjetiva: esto es, escuchar al sujeto del inconsciente y respetar la especificidad de la clínica que, en el caso de infancia y adolescencia, requiere comprender los tiempos de constitución subjetiva y su dependencia del Otro, encarnado en quienes ejercen las funciones parentales.

Por lo tanto, la autonomía del niño debe pensarse en el marco de la relación asimétrica con el adulto. Tanto el niño/a como el adolescente se encuentra en un estado de vulnerabilidad y de dependencia, no solo respecto de sus cuidadores o padres, sino también del Estado que, en su rol de garante de derechos, debe velar por el bienestar integral del niño.

Lo expuesto se sintetiza en la propuesta de Salomone (2022), quien plantea que:

En una situación real, frente a un niño o niña real, ya no podemos referirnos al “niño, niña y adolescente” como entidades teóricas abstractas, sino que deberemos leer a cada niño, niña o adolescente que nos convoca a evaluar en cada caso, en lo singular de un caso, sus posibilidades reales de autonomía. Como profesionales de la salud mental, tenemos las herramientas para observar los alcances de estas formulaciones en el campo subjetivo, en lo singular de cada caso. (p. 112)

En continuidad con lo planteado, y en consonancia con los lineamientos nacionales y provinciales que establecen orientaciones sobre la internación por salud mental, es pertinente señalar los Lineamientos para la atención de la urgencia en salud

mental (2013). Estos documentos delimitan consideraciones especiales respecto a las internaciones de NNyA, basándose en el marco normativo de la Ley Nacional de Salud Mental (2010), la CDN (1989) y la Ley Nacional de Protección Integral de NNyA N° 26.061 (2005).

En relación con la internación, los lineamientos proponen lo siguiente:

En cuanto su estado de conciencia lo permita, deberá obtenerse el consentimiento informado del propio niño, niña o adolescente. Es necesario que tenga oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas, debiéndoseles suministrar información sobre su estado de salud, los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados, pudiendo recibir asesoramiento fuera de la presencia de sus padres. (Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental, 2013, p. 32)

Además, es fundamental trabajar con un adulto referente, responsable del cuidado del niño, que mantenga, en lo posible, una relación afectiva significativa con este. En caso de no contar con dicha figura, debe informarse a los organismos de protección correspondientes.

En estos lineamientos, se destaca también —conforme a lo establecido por la Ley N° 26.657— que “los sitios de internación para niños y adolescentes deben ser acordes y específicos para ellos” (Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental, 2013, p. 32), por lo que la internación debe realizarse específicamente en el hospital pediátrico de su localidad, siempre que se cuente con las condiciones adecuadas para el cuidado integral.

Los Lineamientos para la atención de intentos de suicidios en adolescentes (2012) también abordan la internación en el marco de los Tratados Internacionales, la Ley Nacional de Salud Mental, la Convención para los Derechos de NNyA y la Ley Nacional de Protección Integral de NNyA. La internación, previa evaluación del riesgo inminente por parte del equipo de salud, constituye una de las estrategias terapéuticas inmediatas, a realizarse en la guardia bajo la modalidad de permanencia en observación o mediante el alojamiento en una sala del hospital general, con evaluación y atención por parte del equipo de salud mental a la brevedad. Se aclara expresamente que no debe indicarse internación en hospitales monovalentes de salud mental.

Por último, una de las problemáticas en las que también se contempla la posibilidad de internación se describe en los Lineamientos para el abordaje de las violencias contra niños, niñas y adolescentes desde el sistema de salud (2015), encuadrada también en la Ley N° 26.061. Dicho documento precisa las etapas en el proceso de intervención tras establecer una aproximación diagnóstica, con el objetivo de definir “el nivel de gravedad y urgencia, el riesgo para la salud mental y/o la integridad personal (...) para la decisión de una eventual internación” (Lineamientos para el abordaje de las violencias contra niños, niñas y adolescentes desde el sistema de salud, 2015, p. 23), en la atención de un NNyA víctima de violencia.

Esta disposición tiene como finalidad asegurar la protección y la continuidad del cuidado, en tanto medida terapéutica que garantice la integridad del paciente. Para que la internación sea indicada, resulta ineludible que “la salud del/la NNoA se encuentre seriamente amenazada” y “que no se cuente con una persona adulta que pueda sostener y proteger” (Lineamientos para el abordaje de las violencias contra niños, niñas y adolescentes desde el sistema de salud, 2015, p. 23).

1.d. Ley de Salud Mental-Ley de Ejercicio Profesional y Código de Ética: articulaciones posibles

Para dimensionar el entramado jurídico-normativo en el que se encuentran insertos los profesionales, es menester atender a la organización jerárquica del sistema legal de la República Argentina, el cual se estructura de la siguiente manera: 1) Constitución Nacional, 2) leyes nacionales, 3) leyes provinciales, 4) normativas municipales y 5) reglamentaciones institucionales internas.

Si bien los profesionales de salud mental provienen de diversas disciplinas —no exclusivamente de la psicología—, resulta pertinente introducirse en los aspectos legales del ejercicio de la profesión a partir de la investigación realizada por Yago Di Nella (2009), quien analiza el ejercicio profesional de la psicología y su vinculación con la Constitución de la Nación Argentina (CNA, 1994). La reforma de 1994 establece que rigen “para todos los hombres del mundo que quieran habitar en el suelo argentino” (CNA, 1994, Preámbulo) derechos y garantías, lo cual incide directamente en el marco normativo de la Ley de Salud Mental. Esto se debe a que dicha reforma otorga rango constitucional a los principales tratados internacionales de Derechos Humanos, tales

como: la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y Convención sobre los Derechos del Niño, entre otros.

Es así que todas las prácticas profesionales deben respetar el marco constitucional de protección de derechos previamente citado. Específicamente, Di Nella (2009) propone, como ejemplo para pensar esta articulación, el caso de la internación, ya que implica la aplicación de diversos principios constitucionales vinculados a los derechos civiles y políticos. Uno de ellos sostiene que ninguna persona puede ser detenida ni retenida sin un debido proceso judicial que lo acredite, lo que indefectiblemente conduce a repensar la indicación de internación dentro de ese marco legal. En este sentido, los criterios de ingreso, permanencia y alta, así como la necesidad de evitar las internaciones compulsivas o, en su defecto, de implementar estrategias que impidan la cronificación de los pacientes en las instituciones hospitalarias, constituyen modos concretos de garantizar el cumplimiento de los principios constitucionales.

Además de la Constitución Nacional, cada profesión cuenta con leyes de ejercicio profesional a nivel nacional y provincial, así como con sus respectivos códigos de ética. La Ley de Salud Mental establece expresamente el abordaje interdisciplinario, al reconocer que la salud mental es un proceso determinado por múltiples factores: históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Se trata, por lo tanto, de una articulación entre diversas disciplinas que, en función de la especificidad de sus aportes y de la complejidad de los casos, posibilitan construir una estrategia común. La interdisciplinariedad contribuye a optimizar la diagnosis, intervenciones y definición de criterios de internación y alta, “en el marco de un espacio democratizado de diálogo entre estos saberes” (Di Nella, 2021, p. 274).

Por tanto, el ejercicio profesional en el ámbito de la salud se desarrolla dentro de un encuadre legal múltiple y complejo, que incluye la Ley de Salud Mental, la Ley de Derechos de los Pacientes, la Ley de Protección Integral de NNyA, los tratados internacionales, entre otros marcos normativos.

A continuación, se puntualizan algunos aspectos relevantes de las leyes del ejercicio profesional del médico, psicólogo, trabajador social y enfermero, en función de su posible articulación con la Ley de Salud Mental y con la internación como intervención específica.

En relación con la indicación de internación, cabe aclarar que la Ley de Salud Mental (2010), en su artículo 20, establece que las internaciones involuntarias —como en el caso de personas menores de edad— requieren la firma de dos profesionales de distintas disciplinas, uno de los cuales debe ser psicólogo o médico psiquiatra. Esta condición se encuentra respaldada por las leyes de ejercicio profesional de la Psicología y de la Medicina, que otorgan la habilitación legal para indicar o sugerir dichas internaciones. En la Ley N° 17.132 (1967), conocida como Ley del Arte de Curar, se establece que:

Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a (...) promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado psíquico o por los trastornos de su conducta, signifiquen peligro para sí mismas o para terceros. (Ley N° 17.132, 1967, art. 19, punto 5)

Con respecto al ejercicio profesional de la Psicología, la Ley Nacional N° 23.277 (1985) y la Ley Provincial del Chaco N° 549-C (1986), antes N° 3.203, establecen la obligatoriedad de recomendar la internación cuando las conductas del paciente representen un peligro para sí mismo o para terceros. Cabe destacar que la ley nacional fue modificada en el año 2020, incorporando la posibilidad de la teleasistencia —al inicio de la pandemia— con el objetivo de garantizar los derechos establecidos en la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente.

En relación con la noción de sujeto de derechos —aspecto central en la Ley de Salud Mental—, esta no se encuentra expresamente contemplada en la Ley del Ejercicio Profesional de la Psicología de la provincia del Chaco (1986), la cual establece que los profesionales deben “realizar acciones tendientes a promover la vigencia de los derechos humanos y efectuar estudios, asesorar y operar sobre las repercusiones psicológicas derivadas de la violación de los mismos” (Ley N° 549-C, 1986, art. 3). Sin embargo, dicha normativa no explicita la distinción de la persona con padecimiento mental como sujeto de derechos.

Por otro lado, en la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072 (2014) se menciona expresamente al sujeto de derecho, al establecer entre las incumbencias profesionales la “defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales” (Ley N° 27.072, 2014, art. 9).

En cuanto al ejercicio profesional de la enfermería, tanto en Ley Nacional N° 24.004 (1991) como en la Ley Provincial del Chaco N° 7.346 (2013), si bien no se identifican explícitamente la expresión “sujeto de derechos”, proponen como una de sus obligaciones “respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza” (Ley N°24.004, 1991, art. 10).

Acerca de la formación de los profesionales de la salud mental, la Ley N° 26.657 (2010) subraya su importancia en las distintas disciplinas, al expresar que se “debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país” (Ley N°26.657, 2010, art. 33). Esta formación debe estar vinculada a principios, políticas y dispositivos, priorizando la capacitación sobre normas y tratados internacionales en materia de derechos humanos y salud mental.

Por su parte, en la Ley de Ejercicio de la Psicología de la provincia del Chaco (1986), este eje aparece como una de las obligaciones del psicólogo, al establecer que debe mantenerse “permanentemente informado de los progresos atinentes a su disciplina, cualquiera sea su especialidad a los fines de realización de las mismas” (Ley N° 549-C, 1986, art. 8, punto e).

De la misma forma, la Ley Federal de Trabajo Social (2014) establece la obligación de “desempeñar la profesión con compromiso, competencia y actualización profesional, teniendo como principios rectores los derechos humanos, la justicia social, la ciudadanía y la forma de vida democrática” (Ley N° 27.072, 2014, art. 11, punto b).

En cuanto al ejercicio de la enfermería, tanto la ley nacional y la de la provincia del Chaco fijan como una de las obligaciones “mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación” (Ley N°24.004, 1991, art. 10, punto e).

Con referencia al código y tribunal de ética, la ley Federal de Trabajo Social (2014) establece la obligación de “ejercer la profesión de conformidad con las normas establecidas en los códigos de ética sancionados por los colegios o consejos profesionales” (Ley N° 27.072, 2014, art. 11, punto c). Por su parte, en la Ley Provincial sobre el Ejercicio Profesional del Servicio Social N° 3.192 (1987) establece que “las infracciones al ejercicio de la profesión serán sancionadas por el Colegio Profesional del Servicio Social a través de su respectivo tribunal de ética, sin perjuicio de las

responsabilidades administrativas, civiles y penales que pudieran corresponder en consecuencia” (Ley N° 3.192, 1987, art. 9), y determina la creación del mencionado tribunal.

Respecto del ejercicio de la Psicología, tanto en la Ley Nacional N° 23.277 (1985) como en la Ley Provincial N° 549-C (1986), se establece la obligación de “proteger a los examinados, asegurándoles que las pruebas y resultados que obtengan se utilizarán de acuerdo a normas éticas y profesionales” (Ley N° 23.277, 1985, art. 8). Cabe destacar que el Colegio de Psicólogos de la Provincia del Chaco contempla en su reglamento la creación de un Tribunal de ética.

En nuestro país, los profesionales de la Psicología cuentan con el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de República Argentina (FEPPA, 2013), el cual establece que “deben conocer y considerar este Código de Ética y el de la organización en que se encuentren matriculados o asociados, además de las leyes vigentes y los Tratados y Convenciones internacionales incorporados a la Constitución de la Nación Argentina” (FEPPA, 2013, Introducción). Entre sus principios, se sostiene el respeto por el derecho y la dignidad de las personas, en consonancia con lo establecido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Los psicólogos chaqueños también cuentan con su propio Código de Ética Profesional.

En relación con el abordaje de NNyA y la internación por motivos de salud mental, resulta pertinente retomar lo establecido por el Código de Ética de FEPPA (2013) respecto del consentimiento informado. Este establece que, en el caso en que las personas no se encuentren en condiciones legales, intelectuales o emocionales de otorgar su consentimiento, deberá recurrirse al responsable legal. No obstante, ello no exime la importancia de obtener el asentimiento del paciente, en la medida de sus posibilidades. Asimismo, el código precisa las particularidades del secreto profesional en el caso de NNyA, señalando que “la información que se da a padres (...) y a las instituciones que la hubieran requerido, debe realizarse de manera que no condicione el futuro de los mismos y que no pueda ser utilizada en su perjuicio” (FEPPA, 2013, punto 2.3).

En relación al área médica, el Código de Ética para los equipos de Salud de la Asociación Médica Argentina –publicado originalmente en 2001 y revisado en su segunda edición de 2012– establece entre sus principios que “la defensa de los Derechos Humanos es prioritaria para el Equipo de Salud, tanto por ser seres humanos como por la

esencia misma de la profesión que han abrazado” (Código de Ética para equipos de salud, 2012, art. 19).

1.e. Discusión

Al indagar en los conocimientos de los profesionales entrevistados sobre la Ley de Salud Mental (2010), la **noción de proceso salud-enfermedad y la complejidad de variables en juego** son dos aspectos sobre los que se puso el acento desde la lectura particular de cada uno:

Esta ley lo que propone es entenderla como un proceso, como esta cuestión de proceso de salud-enfermedad, de una situación temporal. No es una cuestión de patologizar al sujeto (...). Lo toma a este sujeto, ya sea niño, niña o adolescente o adultos en un medio, en un contexto, en un grupo familiar, en una comunidad. [Protocolo 1].

Es como un proceso no solo biológico, sino como una construcción que tiene en cuenta lo social, lo económico, lo cultural, también. Es, así, un concepto más amplio, más integral. [Protocolo 7].

Situaciones sociales, comunitarias, ambientales que también afectan (...) a la salud mental del individuo. [Protocolo 8].

De la concepción de salud mental devienen las prácticas e intervenciones, ya que incide en la toma de decisiones al indicar la internación. Siguiendo esta línea, en relación con **los lineamientos establecidos en la ley**, al indagar sobre las normativas que fundamentan la internación de NNyA, los profesionales destacan la **noción de riesgo cierto e inminente, último recurso terapéutico e internación involuntaria**, tal como se desprende de las siguientes alocuciones:

Lo primero que se me ocurre es que, cuando trabajamos con niños, pensamos en una internación involuntaria. Bueno, también la decisión de internación tiene que ser como el último recurso, en el sentido de que se deben agotar otras instancias de tratamiento y abordaje. [Protocolo 5].

Cuando uno considera que está en riesgo para sí o para terceros, y que esa situación hace que la internación sea siempre el último recurso, uno tiene que agotar un montón de recursos: a nivel social, a nivel del entorno, hacer en trabajo en red. No sé

cuáles son punto por punto, pero, en líneas generales, esto es lo que entiendo yo que plantea la ley. Siempre la internación, y más en niños, es el último recurso a utilizar. [Protocolo 8].

Considerar la internación de NNyA como involuntaria implica además **dar intervenciones al Órgano de Revisión de Salud Mental y al Juzgado del Menor**, lo que es tenido en cuenta y surge en la respuesta de los entrevistados:

El sujeto niño no puede dar su voluntad al momento de la internación. Entonces, es una internación involuntaria que depende de otros referentes familiares, responsables del niño, que están a cargo del niño, depende de que den su consentimiento. Después, informar al Órgano de Revisión de Salud Mental de la provincia, al juzgado y a los organismos competentes. [Protocolo 2].

Lo primero que se me ocurre es que, cuando trabajamos con niños, estamos en una internación involuntaria (...). Tenemos la parte legal, que tenemos que informar, ni bien internamos, a la justicia. Después, también se elabora un informe ampliatorio de la situación actual del niño, niña, y se informa el alta. Eso, como lineamiento legal. [Protocolo 8].

Lo expuesto precedentemente permite visualizar las nociones conceptuales que manejan los profesionales entrevistados, así como las normativas a las que deben adecuar su práctica. Al indagar específicamente sobre el conocimiento de tratados internacionales y leyes en las que se sustenta la Ley de Salud Mental, los profesionales no ofrecieron referencias explícitas al respecto (más adelante se analizará la posibilidad de inferir dicho conocimiento a partir de sus prácticas). Si bien manifestaron no recordar este aspecto de la ley, realizaron deducciones basadas en sus conocimientos generales y en su ejercicio profesional. A continuación, se detallan algunas de sus manifestaciones:

Si no me equivoco, tiene en cuenta la ley en relación al derecho de los pacientes, la Constitución. Bueno, y una vez reglamentada tiene que tener en cuenta la Ley de Protección Integral, inclusive está la ley de protección integral a nivel nacional. Me acuerdo de esas. También debe contemplar la Ley de Consentimiento Informado. [Protocolo 3].

No me acuerdo exactamente, pero creo que algo en relación a los Derechos Humanos. Lo que más destaca es que el sujeto es un sujeto de derecho. [Protocolo 7].

Creo que se tomó de base la ley de los derechos de los pacientes, la Convención de los Derechos Humanos internacionales y la antigua ley de Salud Mental. Esos recuerdo. [Protocolo 9].

A partir de los testimonios recabados, se infiere que los profesionales de salud mental articulan los derechos humanos y los derechos del paciente como ejes transversales a sus prácticas cotidianas dentro del ámbito hospitalario, en estrecha vinculación con los principios establecidos por la Ley de Salud Mental.

En cuanto a las **incumbencias profesionales** en el marco de dicha ley, se identifican distintas acciones que dan cuenta de su impacto en la organización del trabajo. Entre ellas, se destacan: la **redistribución de los roles disciplinarios**, la concepción de la **indicación de internación** como un acto que debe ser considerado por **un equipo interdisciplinario y el trabajo en equipo**.

Sobre la **redistribución de los roles disciplinarios** expresan lo siguiente:

Como que deja de ser un rol meramente asistencial el del trabajador social, sino que pasa a ocupar un lugar más de mediador, de resolución de conflictos, de propuestas, de asesoramiento. [Protocolo 1].

Yo creo que, a partir de la ley de Salud Mental, se le da un lugar más importante al psicólogo; se lo estima más, digamos, se lo habilita más en sus funciones y, por lo tanto, se le da más lugar a la palabra. [Protocolo 3].

Además, hacen referencia a que la **indicación de internación** ya no solo como un acto del médico. Cito:

Por el hecho también de hasta firmar una internación, donde no necesariamente tiene que haber un psiquiatra, sino que también un psicólogo lo puede determinar. [Protocolo 3].

Ya no es tanto una pelea que ingrese con criterio de salud mental. Las veces que yo tuve que internar, creo que sí; después hay otras resistencias que están todavía, pero

creo que, por ahí, si no está la psiquiatra en ese momento y yo lo planteo, también es válido como criterio. [Protocolo 7].

Para estar internado, no es solo el médico, sino que puede un psicólogo o un trabajador social disponer o hacer una evaluación de ese niño y decir que no tiene criterios, digamos, lo cual está facilitado por la ley. [Protocolo 8].

En relación con el **trabajo en equipo** argumentan:

Hay psiquiatras que, por ahí, les cuesta trabajar en equipo y tienen ese pensamiento paternalista de que el médico es el que decide todo. Después hay psiquiatras que sí se basan en la ley de salud mental, en el derecho de la persona, del niño, de la familia, y que pueden trabajar mejor en equipo. En mi caso, yo prefiero trabajar interdisciplinariamente porque sé que mi decisión va a estar reforzada con la decisión de otras personas, o las decisiones las tomamos todos en conjunto; no es individualista. [Protocolo 4].

Creo que hay modificaciones en tanto se le puede dar otro lugar por fuera de lo médico. Cuando la internación se la piensa interdisciplinariamente, me parece que se corre este lugar médico hegemónico. [Protocolo 6].

Los fragmentos citados reflejan una convergencia entre los profesionales entrevistados, provenientes de distintas disciplinas, en relación con el marco habilitante que la Ley de Salud Mental otorga al ejercicio de sus prácticas. No obstante, emergieron cuestionamientos respecto de los límites de la equiparación de saberes y decisiones en la práctica interdisciplinaria. Estas tensiones se vinculan con otra dimensión del ejercicio profesional de todas las disciplinas, **la idoneidad profesional**.

La ley habilita que, por ejemplo, pueda venir un profesional que sea médico de guardia, asistente social o psicólogo, que no haya hecho residencia de salud mental, que no sea especialista, que no haya tenido prácticas de internación (...). Entonces, equiparar a ese psiquiatra con, por ahí, un asistente social o un psicólogo que no haya hecho formación, porque si tiene la especialidad es otro tema, sí me parece que eso ocasiona muchas dificultades, porque se pone a la par y hay una asimetría de conocimiento. [Protocolo 9].

Asimismo, se identificó disconformidad respecto de la **Ley de Salud Mental** en lo concerniente a **la horizontalidad en la toma de decisiones**, especialmente en relación

con las **obligaciones profesionales** y las sanciones que podrían derivarse de su incumplimiento, las cuales no sería equiparables entre disciplinas:

Por ejemplo, en el caso de los psiquiatras, según la ley, el psiquiatra estaría en igualdad de condiciones que un enfermero o un asistente social, sin que tenga formación, pero incluso si la tuviera, y si a ese paciente se decide la externación, y el paciente va y se suicida, o va y mata a alguien, o va y hace un destrozo, bueno penalmente, por la ley del ejercicio de la medicina, el médico tiene más responsabilidad. Entonces, la ley de Salud Mental es como que superpone responsabilidades, pero, a la hora de responder ante la ley, en caso de que el paciente atente contra su vida o un tercero, el peso va a caer más sobre el médico, porque hay otra ley que así lo plantea. [Protocolo 9].

En el marco de la ética profesional, y en consonancia con las convergencias identificadas respecto del respeto de los derechos humanos y, en particular, de los derechos de NNyA, se destacó de manera conjunta la importancia del **consentimiento informado** en los casos de internación, aun cuando esta se lleve a cabo forma involuntaria:

El sujeto niño no puede dar su voluntad al momento de la internación, entonces es una internación involuntaria que depende de otros referentes familiares, responsables del niño, que están a cargo del niño. Depende de que den su consentimiento. [Protocolo 2].

Se hace una evaluación y se firma un consentimiento informado, donde se le informa a la mamá, al papá o al referente adulto acerca de la internación, en qué consiste y que va a ir siendo informado acerca del día a día de lo que acontece en la internación y del estado de salud de su hijo. [Protocolo 3].

Como son niños, nos tenemos que regir por las involuntarias. Creo que eso está en el capítulo 8, que se necesita el consentimiento de los padres o de algún familiar. [Protocolo 7].

Una de las dificultades señalada por los profesionales refiere a la articulación entre la ética profesional —particularmente en lo concerniente al secreto profesional— y la toma de decisiones en el marco legal establecido por la Ley de Salud Mental. Esta tensión se hace especialmente evidente cuando **intervienen otros organismos** ajenos al ámbito

de salud, o incluso dentro de este, desde funciones de gestión que tienden a interferir en las decisiones del equipo tratante:

A veces, cuando aparecen otros organismos que vienen a intervenir respecto a la internación, organismos de afuera, ahí sí siento que aparece algo en relación al obstáculo. Porque, por un lado, te piden información, y nosotros siempre tenemos que trabajar bajo una reserva, tenemos el secreto profesional y escuchamos diferentes situaciones. En una, por ejemplo, cierto organismo pidió venir a evaluar ellos el paciente, cuando yo creo que eso es un gran obstáculo para el paciente, desde el punto de vista ético, y para nosotros, desde el punto de vista profesional. Porque nosotros, al trabajar con un paciente, sabemos que no es bueno, o éticamente no corresponde, que venga otro profesional y también evalúe. Entonces, ahí sí noto que hay una dificultad grande. [Protocolo 3].

Hay muchas veces que facilita el trabajo intersectorial; muchas veces facilita, y muchas veces entorpece, cuando vos tenés un montón de actores que no conocen la particularidad del caso y que no han escuchado ese paciente, que se inmiscuyen en pensar cómo debería ser la direccionalidad, qué tenés que hacer y te empiezan a dar directivas. Sin poder conocer las particularidades del caso, ahí se vuelve todo muy complicado. Los organismos, sobre la justicia, que por ahí es quien más aprieta al ser una involuntaria la del niño. [Protocolo 6].

Asimismo, se consideró necesario indagar la percepción de los profesionales respecto del dispositivo de guardia de salud mental, observándose que sus respuestas condensan aspectos normativos vinculados a la atención de NNyA. Tal como se señaló previamente, los entrevistados refieren no recordar con precisión las legislaciones vigentes; sin embargo, en su lectura sobre la cobertura de **urgencias en salud mental**, que asocian directamente con la implementación de la Ley de Salud Mental, es posible vislumbrar una posición ética en su ejercicio profesional, sustentada en una perspectiva de derechos:

Se hizo en general, la cuestión de salud mental a nivel provincial, e inclusive más regional; se implementaron diferentes políticas que tiene que ver con el abordaje de la salud mental (...). En lo que tenga que ver con la parte de niños, se implementaron hace dos años aproximadamente las guardias pasivas de salud mental, de manera interdisciplinarias, acá en el hospital. Entonces, eso también se aboca a una demanda

hospitalaria de que existen estos pacientes, de que vienen, de que demandan una atención con respecto a su salud mental. Y la creación de esta guardia significó un paso muy importante, debido a que se puede tener la cobertura las 24 horas en lo que sea la atención de salud mental. [Protocolo 1].

Lo que se hizo fue dar a conocer que existió una ley en el hospital, dar a conocer a la dirección que existía una Ley de Salud Mental que determinaba que pacientes con padecimientos de salud, o con algún riesgo cierto e inminente, si un paciente reunía estas características, requerían atención de urgencia y tenían que ser necesariamente internados en un hospital general (...). Bueno, justamente la ley nos ayudaba, acompañados de la ley, podíamos decir que, si no lo internábamos, iba a ser un acto discriminatorio. Entonces, esto generaba que ahí pudieran escuchar. [Protocolo 3].

Para mí, es algo que la ley habilita en tanto y en cuánto, bajo las coordenadas de la ley, uno puede ir a pedir a los directivos que esto se cumpla. O sea, me parece que es la ley la que, un poco, nos permitió ir abriendo estas estas posibilidades y hacer también entender al discurso médico, que es donde está nuestro hospital, que la salud mental también tiene un lugar, que es sumamente importante, digamos, en la atención general de salud. Que no hace falta solamente un pediatra, un kinesiólogo o un cardiólogo, que las urgencias de salud mental son algo cierto. [Protocolo 6].

Las guardias permiten que la persona, cuando está en urgencia, pueda venir no necesariamente un horario en que está abierto el servicio, sino las 24 horas. Creo que tenemos inclusive más internaciones, hoy por hoy, que antes. Aquí el servicio fue cambiando. La ley es nuestro respaldo, es lo que habilita. [Protocolo 7].

De los fragmentos citados se infiere la concepción de salud/salud mental como derecho humano que el Estado y los profesionales deben garantizar. Asimismo, se destaca la necesidad de atención específica en salud mental para NNyA, quienes, por su condición de vulnerabilidad y dependencia de personas adultas, requieren un posicionamiento profesional basado en el respeto por sus derechos, el reconocimiento de su necesidad de protección especial y de acceso a cuidado adecuados, servicios y oportunidades. Esta atención debe tener como finalidad primordial el resguardo del interés superior del niño, tal como lo establece la Convención Internacional del Derechos del Niño (CDN, 1989).

En relación con las dificultades en la aplicabilidad de la Ley de Salud Mental, los testimonios de los profesionales entrevistados coinciden con hallazgos de investigaciones

previas. Entre ellas, se destacan las **deficiencias en la implementación del trabajo comunitario e intersectorial** (Barcala, 2018), entendido éste como un eje clave tanto para el proceso de internación como para la permanencia del paciente en su comunidad. Asimismo, se mencionan problemáticas estructurales como **la escasez de recursos y falta de una estructura edilicia adecuada** (Heredia, 2019). En lo que respecta específicamente a la internación de NNyA, se identifican dificultades vinculadas a la **presencia y disponibilidad de un referente afectivo** que acompañe durante el proceso de internación. A continuación, se transcribe algunas respuestas representativas sobre estos aspectos:

En relación con el **trabajo comunitario e intersectorial** manifiestan:

Habla sobre una cuestión de trabajo con perspectiva comunitaria, que sea la propia comunidad como recurso, vendría a ser. Tener a estos dispositivos de salud mental que puedan como propiciar y promocionar la defensa de la salud mental de la comunidad. Pero, a su vez, me parece que hay una brecha muy grande entre lo que plantea la ley y los recursos existentes para poder llevar a cabo esas políticas. [Protocolo 1].

A mí me pasa, por ahí, con algunos casos, que yo me quedo como, bueno, verlo acá y la internación. Pero uno ve que, tal vez, un abordaje comunitario serviría para pensar el contexto de ese niño y tener otras herramientas. Eso creo que hasta ahora no se ha logrado implementar, y me parece importante. [Protocolo 2].

Referente a los **recursos humanos (cantidad y capacitación) y estructura edilicia**, los profesionales coinciden en señalar las siguientes dificultades:

Más que nada en los dispositivos de internación, acá, particularmente pediátrico, no tenemos una sala, una habitación especialmente preparada para un paciente de salud mental. Entonces, corremos el riesgo de que el paciente se lastime o se escape. Me parece que la ley está bien hecha, está bien escrita, pero es utópica en ese sentido. Hay dificultades en la parte de infraestructura, recursos humanos, y capaz que falta un poco más de formación también en infancias. [Protocolo 4].

Ese es un incumplimiento de la ley en nuestro hospital, no tener un lugar específico para que se pueda adaptar con todas las características que, por ahí, tienen nuestros pacientes. Tiene que estar en una sala general, pero el personal tiene que estar

capacitado (...). Me parece que, con esta situación de A, el paciente que se internó ahora, se veía mucho esa dificultad, que los enfermeros no quería entrar porque les daba miedo. [Protocolo 6].

Otra dificultad señalada por los profesionales entrevistados refiere al **acompañamiento de un adulto referente durante la internación**, aspecto que se reconoce como central en la clínica psicoanalítica con niños/as. En este marco, los entrevistados destacan el valor del trabajo con los adultos significativos. Al respecto, expresan:

Las internaciones de niños implican sí o sí el acompañamiento de un familiar o de un referente afectivo, y en caso de los niños que estén en los hogares, eso no está plasmado, no está explícito en la ley, como acompañamiento, pero durante la internación. [Protocolo 1].

Me parece que la mayor dificultad es cuando el referente familiar no puede ocuparse de los cuidados o, en la internación, el mismo referente familiar entorpece la internación. Yo creo que no hay una figura que esté pensada como para poder facilitar esos momentos. Me refiero a alguna figura que pueda prestar, no sé si sería salud o si sería desarrollo social, por ejemplo, un acompañante terapéutico. [Protocolo 6].

Siento que el mayor problema que tenemos es que, por ser niño, se tiene que internar con alguien, y ese alguien muchas veces no suma a la mejoría y entonces, esto sí es como una generalidad y a veces inclusive no suma a la internación ni a ayudar a que se compense ese paciente. [Protocolo 7].

Cuando se trata de la internación de un niño en un hospital pediátrico, una de las normativas institucionales establece que esta debe realizarse con el acompañamiento de alguno de sus padres o un referente afectivo. Esta presencia no solo responde a una disposición organizativa, sino que también remite a una responsabilidad central de los adultos en el cuidado de la salud de los niños, lo cual constituye tanto una obligación para los padres como un derecho para el niño.

Esta se encuentra sostenida en la Carta Europea sobre los Derechos del Niño Hospitalizado (1986) —promovida en nuestro país por la Red Pediátrica Argentina—, la cual afirma que todo niño hospitalizado tiene derecho a estar acompañado por sus padres

o por una figura sustitutiva durante toda su internación. En consonancia, la CDN (1989) establece que los padres tienen la responsabilidad, el derecho y el deber de impartir dirección y orientación apropiada a fin de que el niño pueda ejercer sus derechos de manera adecuada a su desarrollo evolutivo. Asimismo, la Convención reconoce que corresponde prioritariamente a los padres la crianza y el desarrollo integral de sus hijos, siendo esta una responsabilidad que debe ejercerse en función del interés superior del niño.

A nivel nacional, la Ley N° 26.061 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes (2005) refuerza este principio, indicando las obligaciones y responsabilidades de los padres de que aseguren el efectivo y pleno ejercicio de los derechos de sus hijos, y que cumplan con las funciones de cuidado, desarrollo y educación integral.

No obstante, la mera presencia del adulto durante la internación no resulta suficiente. Es fundamental que quien acompañe al niño, no solo pueda tomar decisiones relativas a su salud, sino que además mantenga una relación significativa con él, siendo necesario que se encuentre en condiciones tanto físicas como emocionales para acompañarlo. De lo contrario, su presencia puede convertirse en un obstáculo que impida que la internación se constituya como un tiempo/espacio que lo aloje y que propicie la protección de su integridad, tanto física como emocional.

Desde la perspectiva de la clínica psicoanalítica con niños, este aspecto adquiere una relevancia central, ya que se considera imprescindible la implicación subjetiva de los padres o referentes adultos en el tratamiento de sus hijos. Este punto será desarrollado con mayor profundidad en apartados posteriores.

Capítulo 2: Psicoanálisis y Salud Mental

2.a. Introducción a la Ética del Psicoanálisis y la especificidad en la clínica con niños

Quienes ejercen la práctica del Psicoanálisis reconocen en su ética la brújula que orienta su praxis, en tanto fundamento que permite delimitar la posición y función del analista. Sin este marco ético, se pierde el rumbo tanto de la escucha como de la intervención. Cada vez que un psicoanalista se encuentra frente a un paciente, en la demanda inicial, frecuentemente expresada como demanda de “curación”, se hace presente el eco de los mandatos sociales, que tienden a traducir el malestar subjetivo en una exigencia de normalización, adaptación o de alineamiento con los ideales de salud, bienestar y armonía promovidos por la época.

Al respecto, Jacques-Alain Miller (2018/1988) sostiene que “el psicoanálisis es una ética que parece inscribirse en contra de la ética cultural, es decir que no sería una ética del superyó” (p. 153), estableciendo la distinción entre el deseo y los mandatos del sociales. La relación disarmónica entre el sujeto y la cultura es advertida por Sigmund Freud (1930), al observar el conflicto entre el deseo y aquello que queda prohibido, conforme al orden que impone la cultura. Freud reconoce allí una exigencia fundamental: la renuncia pulsional como condición para la vida en comunidad.

Dicha renuncia pulsional no implica su eliminación, sino la posible constitución de una alternativa de satisfacción, entre las cuales se encuentra la formación de síntoma, como resultado de uno de los destinos de la pulsión: la represión (Freud, 1915).

En la última enseñanza de Lacan (2002/1975), el síntoma se constituye como una modalidad de satisfacción, un modo de gozar del inconsciente que el sujeto desconoce, pero que no resigna y que permanece fijo aun cuando conlleve sufrimiento para el yo.

El analista, entonces, opera desde un lugar vacío que posibilite la emergencia del sujeto, a fin de que, a través de su despliegue discursivo, produzca algún saber sobre su posición ante el deseo y el goce, un saber hacer con el síntoma.

Lacan (2003/1958) permite entrever la especificidad del deseo al que se hace referencia en el terreno psicoanalítico, a partir de la contraposición entre la ética del Psicoanálisis y la ética tradicional de los filósofos morales, principalmente la Ética Kantiana. Al hablar del deseo, Lacan (2003/1958) expresa:

Hasta Freud este elemento siempre había sido reducido y, de alguna forma, elidido precozmente (...) todo estudio de la economía humana había partido más o menos de una preocupación por la moral, por la ética, en el sentido de que no se trataba tanto de estudiar el deseo como, de entrada, de reducirlo y disciplinarlo. Ahora bien, de lo que nos ocupamos en el psicoanálisis es de los efectos del deseo en un sentido muy amplio -el deseo no es un efecto lateral. (p. 259)

Por lo que, sin desconocer el sufrimiento de quien concurre a la consulta, el analista no se orienta por el objetivo de suprimir el síntoma, como lo haría la medicina o ciertas psicoterapias, en la búsqueda de restaurar un supuesto equilibrio perdido. La práctica psicoanalítica se sostiene en una ética que implica escuchar el modo particular de goce presente en el síntoma.

De allí que la ética del psicoanálisis esté inextricablemente unida al deseo del analista, una posición que no se confunde con el deseo de curar, de hacer el bien para y por el paciente, es “un no-deseo de curar” (Lacan, 2009/1966, p. 218), que no debe interpretarse como indiferencia o desinterés, sino como una posición que propicia las condiciones para que surja la verdad propia y singular de ese sujeto.

En la misma línea, resulta pertinente incluir algunas cuestiones inherentes a la especificidad de la clínica con niños, particularmente en relación con la ética del psicoanálisis. Osvaldo Frizzera (2010) sostiene que “el psicoanálisis de niños es un campo en donde se pone a prueba aún más que en otros el deseo del analista” (p. 6). Esto se debe a que, en la clínica con niños, las condiciones de desvalimiento e indefensión propias de la infancia tienden a reactivar en el adulto y en el analista identificaciones y fantasías inconscientes. En este sentido, Frizzera (2010) advierte que el deseo del analista debe excluir motivaciones narcisistas propias, evitando desear cosas por y para el paciente. Subraya que sostener dicha posición ética preserva al analista de caer en la tentación de aconsejar a los padres, indicándoles lo que deben hacer o no con el niño/a, es decir, de ocupar el lugar de saber o de la autoridad parental. En la clínica con niños, la línea entre el deseo del analista y el deseo de un adulto es muy fina, y requiere de una vigilancia constante. El riesgo es que el niño termine funcionando como punto de anclaje de las propias fantasías infantiles del analista. Así la ética del deseo del analista implica también un trabajo de análisis personal y supervisión permanente.

Es por estos olvidos que muchas veces encontramos terapeutas que llenan de culpa a los padres, que se enojan con ellos que, en fin, identificados un poco o bastante con el lugar del niño, quieren reemplazar la impotencia de éste y reparar su sufrimiento. (Frizzera, 2010, p. 6)

Otro aspecto crucial de la clínica con niños, que atañe directamente a la ética del psicoanálisis y a la posición del analista, es la defensa de la singularidad del goce frente a los intentos de universalización y clasificación de las problemáticas de la infancia. En esta línea, Pablo Peusner (2019), retoma a Freud y propone trabajar desde la lógica del caso, apuntando a una clínica de la singularidad. De este modo advierte que “en la clínica con niños (...) con mucha facilidad se filtran indicaciones programáticas, límites dispuestos por las edades, etapas a cumplir que desconocen las posiciones subjetivas” (p. 35).

Esta forma de comprender las problemáticas de la infancia acentúa un enfoque evolutivo, centrado en las conductas “esperables” según la edad y en una noción de normalidad atemporal, desligada de los contextos y de la singularidad. Este paradigma tiende a reducir el malestar infantil a desviaciones respecto del ideal normativo, desconociendo la complejidad estructural y las causas psíquicas subyacentes que pueden estar en juego en el sufrimiento del niño.

El mayor riesgo de esta mirada reduccionista se evidencia en la creciente proliferación de diagnósticos clasificatorios, muchas veces sostenidos desde manuales internacionales o escalas estandarizadas, que tienden a etiquetar al niño en función de sus conductas observables. En este sentido, Beatriz Janin (2024) advierte que estos diagnósticos “implican una operación desubjetivante, en la que el niño queda ‘borrado’ como alguien que puede decir acerca de lo que le pasa” (p. 37).

Desde esta postura, Lacan en su seminario *La Ética del Psicoanálisis* (2007/1960), cuestiona los ideales que a veces guían ciertas intervenciones clínicas, incluso desde el discurso psicoanalítico, cuando se orienta por objetivos tales como “medir, organizar, situar, localizar los valores, como se dice en cierto registro de la reflexión moral, que proponemos a nuestros pacientes” (p. 17). Frente a esto, Lacan llama a “recordar las reservas verdaderamente fundamentales, constitutivas de la posición freudiana, en todo lo concerniente a la educación” (p. 19), haciendo alusión a las tareas imposibles: educar, curar y analizar. De este modo alerta a los psicoanalistas que trabajan con niños sobre el

peligro de quedar capturados por una lógica ortopédica, es decir, por una práctica que busca corregir, alinear o adaptar conductas según ciertos parámetros ideales de normalidad o madurez. En este sentido, Lacan (2007/1960) sostiene que apuntar a educar o a instaurar “buenos hábitos” en los niños es incompatible con la ética del análisis, ya que “la esencia misma del inconsciente se inscribe en otro registro” (p. 20).

Esta observación permite distinguir el lugar del psicoanalista respecto de otros dispositivos que, bajo el argumento de la “buena intención”, corren el riesgo de borrar al sujeto. La posición del analista no debe confundirse con la del educador, su función no es normativizar, sino alojar el decir del sujeto y escuchar lo que, desde su singularidad, se articula como síntoma.

Tomar como punto de partida la singularidad del niño, más allá del diagnóstico, deviene un trabajo ético que tiene efectos en el paciente mismo (...) se trata de interrogar las clasificaciones y el lugar desde el cual nos consultan, tomando como eje el lugar que el paciente ocupa en el Otro, y que, en psicoanálisis, el diagnóstico, se establece en transferencia. (Plantamura, 2022, p. 4)

Se entiende entonces que la posición que se adopte, tendrá efectos en la subjetividad del sujeto, y más aún en niños, por transitar tiempos de constitución subjetiva. El trabajo con niños/as interpela la práctica psicoanalítica desde la ética que rige su hacer y, por lo tanto, del deseo del analista.

2.b. El campo del Psicoanálisis y el campo de la Salud Mental

Según la OMS (1946), la salud es un estado de completo bienestar bio-psico-social y la salud mental se integra como un componente más, orientado a mantener o reestablecer el equilibrio perdido, cuyo ideal a alcanzar está determinado social y culturalmente.

Al intentar articular Psicoanálisis y Salud Mental, Eric Laurent (2000) destaca la tensión existente entre la salud mental entendida como “paz social” (retomando a J.A. Miller) y la ética del Psicoanálisis. Según Laurent (2010), la salud mental se concibe como una cuestión de orden público, lo que se opone a la ética del psicoanálisis, centrada en el deseo y los modos singulares de gozar, opuesta al orden social. Esta tensión está en

relación con las tareas imposibles propuesta por Freud (1937) entre las que se encuentra el gobierno de la curación.

Considerar al sujeto del derecho y al sujeto del inconsciente implica reconocer “el aporte irreductible del psicoanálisis: la consideración de la particularidad subjetiva, que va más allá del respeto de los derechos humanos” (Laurent, 2000, p. 92). La escucha del analista es fundamental para establecer una distinción crucial, evitando que lo normativo suprima la subjetividad. Como señala Laurent (2000):

En este sentido, el analista, más que un lugar vacío, es el que ayuda a la civilización a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales (...) Así, con otros, ha de ayudar a impedir que en nombre de la universalidad o de cualquier universal, ya sea humanista o antihumanista, se olvide la particularidad de cada uno. Esta particularidad es olvidada en el Ejército, en el Partido, en la Iglesia, en la Sociedad analítica, en la salud mental, en todas partes. (p. 117)

Por lo tanto, el psicoanálisis no se opone al respeto de los derechos humanos, aunque esto no es suficiente. Lo que resulta fundamental es dejar hablar al sujeto (Laurent, 2000). Esta posición se alinea con la perspectiva de Miller (2018/1988), quien, a partir de la noción de salud, entendida como “el silencio de los órganos”, sostiene que “el inconsciente nunca se calla y así no ayuda para nada a la armonía” (p. 126). En este sentido, la búsqueda de la armonía y la adaptación a la normalidad, implícita en el concepto de salud, podría ir en contraposición con la práctica analítica, que prioriza la escucha del sujeto y su singularidad.

Lo que excede al campo de la salud mental es el campo del goce, refiere Enrique Acuña (2013), en relación con lo que no encaja con el Ideal de salud o bienestar psíquico aceptado socialmente. Así el psicoanálisis opera sobre el Ideal extrayendo el goce, más allá de la legalidad jurídica que define el derecho a la salud mental como un imperativo social. Si bien este autor celebra que, a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental, se modificaron las lógicas represivas que regulaban el campo de la enfermedad mental, señala que la interface entre psicoanálisis y salud mental puede leerse como una respuesta sintomática. La hipótesis de este autor es que, a más derechos, también más clasificaciones, en tanto proliferan nuevas nominaciones para los modos sintomáticos de gozar, que amparados bajo el Derecho adquieren distintas modalidades de presentación

clínica. Esto puede ejemplificarse con las diferentes leyes y proyectos de ley que apuntan a que se reconozcan los derechos de los sujetos identificados según su patología, lo que resulta en un borramiento de la dimensión clínica de la singularidad. En lo que respecta a la infancia, en nuestro país existen leyes que regulan el abordaje de personas con TEA (Trastorno de Espectro Autista), personas con DEA (Dificultades Específicas del Aprendizaje), se ha presentado un proyecto de ley para personas con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), entre otros.

Continúa trabajando estas ideas, la psicoanalista Leticia García (2013), al plantear que a “más ley, más síntomas” (p. 71), a partir de la propuesta de Laurent (2010) acerca de la existencia de un aumento exacerbado de clasificaciones, síntomas, trastornos centrados en el eje descriptivo, sin ningún tipo de causalidad. García (2013) colige la pretensión de la sociedad contemporánea de “síntomas sin inconsciente, que son asimilados en su extremo a ‘estilos de vida’ que nombran a los sujetos y les permite agruparse para defender y crear nuevos derechos” (p. 72). Esta lectura es visible en la época actual en relación con los diagnósticos en la infancia, ya que prima catalogar al niño/a, etiquetarlo/a según las clasificaciones actuales, borrando toda singularidad y desconociendo del sufrimiento y del deseo.

2.c. El practicante del psicoanálisis como profesional de salud mental en el marco de la Ley Nacional N° 26.657

Al inicio de este trabajo se desarrollaron tanto los aspectos jurídico-normativos como conceptuales de la Ley de Salud Mental, cuyo fundamento es el sujeto con padecimiento mental en su condición jurídica de sujeto de derecho. Nos proponemos reflexionar sobre la articulación de las concepciones de la Ley de Salud Mental con aquellas que surgen de la dimensión clínica de la práctica, referida al padecimiento psíquico del sujeto (Salomone, 2006).

Salomone (2006) describe dicha articulación como un estado de permanente tensión entre el campo normativo y la dimensión clínica, y propone el desafío de operar con ambas dimensiones. La autora considera:

La norma –jurídica, deontológica, organizacional, institucional–, sustentada en la lógica de lo general, no puede decir sobre cada caso en particular, por lo que su

aplicación supone un acto de lectura que la enlace a lo singular de un caso a través de su interpretación y ponderación. (Salomone, 2014, p. 4)

Esta posición implica rescatar la hiancia, siempre presente en el intento de entrecruzamiento de ambos campos (normativo y clínico), lo cual es consecuencia de lo que la autora plantea como una decisión sostenida desde la ética profesional. Es decir, frente a la generalidad de la norma, en contraposición con la singularidad de cada caso, será el acto de lectura del profesional lo que definirá su accionar, reconociendo la imposibilidad de una completud o armonización entre ambos campos. Se trata de una incompletud estructural, en tanto lo simbólico no puede dar cuenta de todo.

Evitar que una dimensión aplaste a la otra supone una posición que no obedezca ciegamente a la norma, pero que tampoco la rechace. Esto implica no consentir una lectura dogmática, ya que la intervención clínica reside en la capacidad de hacer lugar a la lógica singular dentro del marco general del campo normativo (Salomone, 2006).

Resulta indispensable reflexionar sobre las relaciones posibles entre la práctica de los profesionales con orientación psicoanalítica y las normativas jurídicas que aplican en sus lugares de trabajo, como un movimiento constante entre dos posiciones: a) la del agente de salud de un hospital pediátrico, atravesado por las leyes que regulan su ejercicio y las políticas públicas referidas a la infancia, y b) su posición como psicoanalista.

Estas posiciones suponen diferentes concepciones sobre NNyA, en tanto provienen de discursos distintos. En Argentina, existen numerosas políticas públicas que promueven el respeto por los derechos humanos de NNyA, ofreciendo un marco para muchas intervenciones del analista. A partir de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989), se produjo un cambio significativo en relación con la infancia y la adolescencia, al comenzar a reconocer a los NNyA como sujetos de pleno derecho. Nuestro país ratificó esta convención en 1990, y en 1994 le otorgó rango constitucional. Posteriormente, la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (N° 26.061), promulgada en 2005, estableció la aplicación obligatoria de dicha convención.

Wanzek (2017) considera al niño de manera integral, destacando:

En esa tensión que lo implica como sujeto -persona- titular de derechos especiales (en su universalidad) que está sujeto a un deseo (en su singularidad) y situado

en un determinado contexto parental, socio, comunitario, histórico, político e institucional (en su particularidad). (p. 825)

La autora realiza estudios vinculados a los abordajes psicoanalíticos de NNYA dentro del marco de la Salud Pública, y propone que la clínica psicoanalítica rescata la diferencia existente en un niño/a respecto de cualquier otro/a, reconociendo la singularidad del lazo con un Otro que humaniza.

Acorde con estas ideas, Najles (como se citó en Wanzek, 2017) expresa:

El para-todos los niños el mismo goce (o el mismo síntoma, diagnóstico, tratamiento, marca de destino, medida, nominación, etc.) lo toma como cuerpos homologables a cualquier otro cuerpo, anónimo. Incluso a objetos y su manipulación, dejándolos sin palabras, sin subjetividad, sin responsabilidad, sin deseo. (p. 826)

Cabe destacar que Salomone y López (2016), tras su investigación sobre la Ley de Salud Mental Argentina y el Psicoanálisis, concluyen que este texto jurídico brinda un marco interpretativo flexible, que permite al profesional ponderar la norma en función del caso singular para intervenir desde allí, favorecido por un encuadre legal que garantiza y resguarda el derecho de los pacientes, al mismo tiempo que orienta el abordaje profesional.

Así, las nuevas normativas —según cómo se las entienda y se las aplique— pueden suscitar una mayor participación e implicación del sujeto, habilitando que tanto el niño como su familia se conviertan en agentes de cambio respecto de las situaciones que les generan malestar. De este modo, se desplaza el lugar pasivo que, en ocasiones, los caracteriza y los deja en un estado de sufrimiento permanente.

En sus investigaciones sobre esta temática, López (2014) establece que:

En el caso de los analistas en dispositivos públicos, proponemos que su posición entraña una complejización suplementaria: supone poder hacer lugar a la lógica de lo singular sabiendo que, institucionalmente, él es ubicado en el lugar de un representante de una lógica general. (p. 88)

Entre sus conclusiones, destaca que el analista evaluará en cada caso la posibilidad (o no) de articulación con el discurso institucional. En esta línea, Adriana

Rubistein (2003) también explora la posición del analista y sus condiciones de existencia dentro de las instituciones. Al respecto, asevera que:

El deseo del analista se presenta como condición de la experiencia, pero no actúa en el vacío ni en condiciones ideales y deberá tener como punto de partida la modalidad y las condiciones de la demanda. En cada caso el analista se sitúa con la versatilidad necesaria para producir las intervenciones que dicho caso requiera. Pero será psicoanálisis si conserva lo esencial. (p. 4)

Por lo tanto, para la autora, el deseo y la posición del analista son fundamentales para orientar su trabajo hacia el sujeto del inconsciente y las particularidades de su goce. Esto se logra a partir de la escucha y de la instalación de la transferencia, absteniéndose de ejercer cualquier tipo de sugestión y buscando localizar el decir del sujeto. De esta manera, destaca la independencia del analista respecto del ámbito en el que se desarrolla su práctica, ya sea en un consultorio privado o como personal de salud en un hospital público.

Capítulo 2.d. Discusión

Tras el análisis de la Ley de Salud Mental en relación con las facilitaciones y obstáculos para el ejercicio de la práctica psicoanalítica —según la opinión de los profesionales entrevistados— se identificaron convergencias en torno de la posibilidad de ejercer dicha práctica sin entrar en contradicción con el marco legal que regula las intervenciones.

Entre los aspectos que facilitan este tipo de prácticas, los profesionales señalan que la ley habilita la posibilidad de la **escucha del sujeto**, reconociendo la multiplicidad de factores que lo atraviesan y podrían incidir en su estado actual. Asimismo, destacan que las generalidades establecidas por la normativa **no borran la singularidad**, brindando espacio para que el profesional, desde su lectura y posicionamiento ético, defina las particularidades de su escucha en relación con nociones como el inconsciente, el deseo y el síntoma.

Se observaron coincidencias respecto de la flexibilidad de la ley, la cual ofrece márgenes que permiten el respeto del criterio profesional. En sus palabras:

Posibilita la escucha, da lugar a las intervenciones, no me determina qué criterio sí o sí yo tengo que evaluar, como una especie de anamnesis en donde vos tenés que aplicar esto, este cuestionario. Entonces, como yo no trabajo de esa manera, si la ley dijera vos tenés ´que preguntar así´, ahí si me obstaculizaría. Pero como no me pasa eso, me siento con la libertad de trabajar desde mi marco de referencia teórico. [Protocolo 3].

Yo creo que la ley facilita, en tanto promueve que, en algún punto sea escuchada la particularidad, y que el psicoanálisis, siempre con dificultades, uno lo hace existir. [Protocolo 6].

Promueve todo lo que es la identidad, los derechos; no verlo como algo aislado a la persona que tiene ese sufrimiento psíquico o esa patología. Pero también, bueno, se entra en una generalidad como cualquier ley, digamos. Pero no sé si está mal, porque es lo que te habilita, y después cada quien tendrá que buscar las singularidades en eso que la ley, por ahí, habilita (...). Obviamente, el sujeto del derecho no es el mismo que el sujeto del psicoanálisis, pero el hecho de trabajar con el inconsciente, o con lo más propio me parece que, el hecho de que exista la ley, no lo obtura. [Protocolo 7].

Considero que sí se puede trabajar desde el psicoanálisis en la internación, pero hay que contextualizar en dónde se va a producir la práctica y en qué condiciones (...). La lectura del síntoma es algo que, me parece, el psicoanálisis aporta mucho como para pensar los casos como marco general de intervención. [Protocolo 9].

En relación con los obstáculos, los entrevistados coinciden en señalar ciertas cuestiones que entorpecen y/o invalidan el criterio profesional, independientemente de la orientación que cada uno elija para ejercerlo. Por ejemplo, mencionan las intervenciones de otros actores institucionales que ocupan posiciones jerárquicas o de control, quienes toman decisiones o cuestionan las del equipo tratante (en el punto 1.e ya se realizaron citas vinculadas con esta temática). Cabe destacar que los profesionales consideran que estas intervenciones, —habilitadas por la Ley de Salud Mental y ajenas a la dimensión clínica—, pueden tener **efectos en la subjetividad** del paciente, según surge de algunas de sus opiniones.

Ellos dicen que es una evaluación, pero yo considero que, si hay un equipo interviniendo, el equipo es el que tiene que dar su punto de vista respecto a cómo está viendo ese paciente, cuáles son los criterios para que continúe internado, qué le puede estar pasando, cuál es el motivo de su sufrimiento. Entonces, es algo que yo no entiendo, cuando quieren venir y evaluar ellos y, por lo tanto, a mí me hace pensar que el niño o el adolescente, en ese momento, se transforma como en un objeto. [Protocolo 3].

Yo, cada vez que pienso en la internación, le tengo como mucho respeto, en el sentido de verdaderamente pensar que uno agotó otras instancias. Porque, a veces, con la vorágine de la demanda de los otros, nosotros también caemos en eso de que tenemos que dar una respuesta. Porque no es sin efecto internar, porque es un niño. [Protocolo 5].

Como obstáculo, ciertos organismos a veces. Creo que ahí cabe la generalidad, o por ahí los temores en relación a trabajar más lo comunitario, la atención primaria. Y, por ahí, un reaseguro es que el paciente como se termina quedando más acá, que permanezca internado. Y nos pasa más a nosotros porque son niños. [Protocolo 7].

Tanto los aspectos que facilitan como los que obstaculizan la práctica clínica, presentes en la ley, surgen de las interpretaciones de los profesionales. Ambos aspectos parecen estar relacionados con la percepción que tienen sobre la flexibilidad de la ley, específicamente en cuanto a la posibilidad de participación en la toma de decisiones clínicas sobre el paciente durante la internación. Esta temática se desarrollará más adelante, al abordar los modos de resolución de conflictos referidos por los profesionales.

Capítulo 3: La internación de niños, niñas y adolescentes: una posible respuesta ante la urgencia subjetiva

3.a. La especificidad de la clínica psicoanalítica con niños, niñas y adolescentes: tiempo de constitución subjetiva

En la clínica psicoanalítica con niños, a diferencia de la clínica con adultos, el sujeto se encuentra en tiempos constitución subjetiva. Sin embargo, ni el desarrollo fisiológico ni la maduración neurológica son suficientes para garantizarla. La construcción del cuerpo no se reduce solo a la anatomía, sino que implica el encuentro con el lenguaje. Como afirma Lacan (2005/1966), “el lenguaje con su estructura preexiste a la entrada que hace en él cada sujeto en un momento de su desarrollo mental” (p. 475). El sujeto es hablado por otros que lo esperan y lo desean de manera particular, asignándole un nombre y depositando sobre él ideales y expectativas incluso ante de su nacimiento. En este sentido, “uno nace tanto de las palabras como del simple momento en que los padres se acuestan” (Lacan, 1954, p. 89).

A lo real orgánico del bebé le preexiste el discurso de los padres, que lo acoge en un mundo significativo donde las palabras circulan, por lo que va perdiendo su condición de puro organismo y se constituirá como sujeto. No es posible pensar en la constitución subjetiva del niño sin otros que cumplan dicha función constitutiva, aunque no necesariamente serán los padres biológicos. Quien asuma la función materna, ante el llanto del bebé, buscará significarlo como un mensaje, que permita responder a sus necesidades. Este acto significativo introducirá la categoría de demanda, donde el puro grito como expresión orgánica, se convierte en llamada.

En el diario acontecer del bebé, cada día desde el Otro le vendrá su reconocimiento como sujeto, esto es, la vigencia del código que utiliza. En un primer momento estas significaciones serán arbitrarias y sin embargo son las que lo irán significando como sujeto: para hablar primero tuvo que haber sido hablado, para desear primero tuvo que él mismo ser deseado. Desde la función materna, alguien creará comprender lo que quiere, lo que le molesta, lo que lo asusta, alguien se reirá junto con él de sus “gracias” alguien lo amará o no: sólo a través de estos compromisos su universo devendrá significativo. (Soto Pérez, 2005, párr. 26)

Precisamente, este vínculo de inmediatez entre el niño y su madre, que provee cuidados y responde constantemente a sus necesidades, favorece las condiciones para que el niño se identifique con lo que supone que es el objeto de deseo de su madre, es decir, como falo imaginario que satisface la falta materna. El establecimiento de la represión primaria es estructurante, ya que representa el proceso metafórico de sustitución del significante fálico por el significante del Nombre del Padre, que inscribe simbólicamente la ley. Este pasaje, de ser el falo de la madre a la dimensión del tener, implicará que el niño se ubique como “sujeto” y se desplace del lugar de “objeto” de deseo del Otro. La inscripción de la metáfora paterna, o su fracaso, repercutirá en la estructuración subjetiva del niño (Dor, 1985).

Al trabajar la lógica del fantasma, Lacan (2009/1966) sostiene que el sujeto no está en el origen. En su lugar, afirma que “en el origen no hay Dasein sino en el objeto a, es decir bajo una forma alienada” (Lacan, 2009/1966, p. 20). El niño ingresa como objeto a del fantasma del Otro e implica lo listo para proveer y llevar según el marco fantasmático de ese Otro. En relación con el fantasma y la constitución del sujeto, es necesario haber sido objeto del deseo del Otro para, en un segundo momento, advenir como sujeto de deseo. Como señala Miller (2018), “lo primero es S1, y el sujeto solo surge por el hecho de que uno se dirige a él (...) desaparece bajo el significante, es decir que deviene el hijo de Tal, que se identifica -se le propone una identificación” (pp. 117-118). Sin embargo, la inscripción bajo el significante amo S1 trae como consecuencia el desprendimiento del objeto a, que tomará el “listo para proveer” y el “listo para llevar” del fantasma parental.

Es posible identificar diferentes respuestas del niño en relación al Otro. Según Lacan (2010/1969), “el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar (...) puede representar la verdad de la pareja familiar” (p. 55). Sin embargo, Lacan (2010/1969) también describe otra modalidad de respuesta del niño, en la que “cuando el síntoma que llega a dominar compete a la subjetividad de la madre (...), se convierte en objeto de la madre (...) realiza la presencia de eso que Jaques Lacan designa como objeto a en el fantasma” (pp. 55-56).

A partir de la propuesta de Lacan, Alba Flesler (2011) destaca las implicaciones de las operaciones de responder y realizar, dos modos diferentes de relación con el Otro. La inclusión de la dimensión de sujeto conlleva implícitamente la posibilidad de responder al Otro, en tanto este otorga un espacio, un lugar distinto de sí, un intervalo

primero y necesario. En cambio, En la segunda operación, no hay intervalo posible, por lo que, sin espacio para la emergencia del sujeto como respuesta, el niño realiza la presencia del objeto en el fantasma del Otro.

Considerar estas operaciones abre vías posibles para el tratamiento psicoanalítico con niños/as. Será necesario identificar el lugar que ocupa el niño/a, ya que, si su síntoma responde a la subjetividad de la madre y ocupa el lugar de objeto en su fantasma, la dirección de la cura será intervenir para propiciar la emergencia subjetiva, permitiendo la instauración de la función paterna en la transferencia. En cambio, si el síntoma del niño responde a la pareja parental, se vislumbra una posición más subjetiva, por lo que la intervención estará dirigida a escuchar los significantes por los que se encuentra tomado al Otro, apuntando a que en transferencia pueda constituirse un síntoma propio (Martínez Liss y Gross, 2000).

En el trabajo psicoanalítico con niños/as y adolescentes, el acento no se pone en el momento evolutivo en el que se encuentra sino en el sujeto. Los tiempos de lo Real, lo Simbólico y lo Imaginario se distinguen en la constitución de la estructura, y cada tiempo del sujeto implica una operación de escritura de la falta del Otro. La posibilidad de sostener la alternancia entre el objeto como causa del deseo y el objeto como plus de gozar en los tiempos de la infancia, propiciará las condiciones necesarias para la estabilización estructural en la adolescencia, a través de la conformación definitiva del fantasma como marco y orientación del deseo y del goce exogámico (Flesler, 2011).

Tras la primera vuelta edípica en la infancia, si no se produjeron detenciones o fallas en estas operaciones constitutivas, Stella Maris Gulian (2016) sostiene que el niño contará con “el campo pulsional constituido, un narcisismo que le ofrece una estabilización en una imagen de sí y de sus semejantes, y un ‘fantasma infantil’ (...) fantasma provisorio (...) que le provee la vía por donde desplegar el deseo” (p. 73). La autora aclara que utiliza la noción de “fantasma provisorio” para referirse a que el niño pudo darse alguna respuesta ante la pregunta por el deseo del Otro, escena que podrá representar a través del juego, aunque aún no haya definido su posición en relación con la falta del Otro. En este momento, la pregunta está más orientada a qué puede hacer o ser para ser amado por su madre, en tanto el falicismo es, por ahora, suficiente para organizar sus respuestas.

Esto alude a que el fantasma del niño sostiene la posibilidad de construir una versión al deseo de la madre, quedando en suspenso su posición en relación al goce (Laurent, 2003). Será recién en la adolescencia —el segundo despertar sexual, tal como lo define Freud— cuando se produzca el encuentro con lo real de la sexualidad y con las posibilidades de “responder a las demandas del Otro sexo cuando llegue el momento de la posibilidad del acto sexual” (Amigo, 2005, p. 174).

Las posibles respuestas dependerán de la eficacia de la metáfora paterna tras la declinación del complejo de Edipo, en tanto esta instituye el significante que, en reserva durante la infancia, desplegará su significación en el momento de la pubertad. Es decir, será en la pubertad donde se pondrán en juegos los títulos adquiridos en la infancia (Lacan, 2003/1958).

Tras la primera vuelta edípica, aún no es posible pensar en el niño una estructura sellada. Silvia Amigo (2005) afirma:

Será en la segunda vuelta que podrá poner a prueba en lo real, el valor de esos títulos para ‘pasar del individuo a la especie’. Coito, engendramiento y segundo tiempo de hallazgo del objeto (alternativas éstas impensables en la infancia) prueban a fondo esos títulos, y esta puesta a prueba sólo es factible en el segundo despertar sexual. (p. 175)

Frente a la irrupción de goce y a la imposibilidad de responder mediante el uso del significante primordial —aquel que permite la inscripción de la falta de objeto y, por lo tanto, el acceso a la significación fálica—, el adolescente puede verse imposibilitado de dar un marco a ese real, lo que puede resultar en el desencadenamiento de la psicosis, cuya aparición es frecuente justamente en el momento del segundo despertar sexual (Amigo, 2005).

Otra dificultad —no siempre del orden de la psicosis, pero sí presente en ciertos adolescentes— puede estar relacionada con la imposibilidad de rearmar y consolidar su nueva imagen, en tanto dicha operación implica una vestidura simbólica (e imaginaria) de eso real que irrumpe. Dicha dificultad se vincula con la posición del Otro, representado principalmente por los padres, cuando estos no legitiman la nueva imagen del adolescente ni habilitan el ejercicio de su sexualidad “adulta”, perpetuando así su el lugar de niño como objeto de su goce (Amigo, 2005).

Capítulo 3.b. La especificidad de la clínica psicoanalítica con niños, niñas y adolescentes: el trabajo con los padres

El trabajo con los padres en la clínica psicoanalítica con niños/as es considerado uno de sus aspectos fundamentales. En las primeras entrevistas con ellos, Flesler (2011) propone una escucha orientada a poder inferir el lugar de “el niño del Otro” (p. 50), esclareciendo si logró (o no) alojarse en el campo del Otro como objeto de deseo, de amor y de goce. La exclusividad de uno de estos lugares, con la consecuente anulación de los otros, conlleva el despliegue de un exceso de goce o de una demanda de satisfacción narcisística constante por parte de los padres, lo cual tiene efectos en la estructuración del niño. Cabe destacar que la situación será muy distinta si el niño logra ubicarse en el entrecruzamiento de amor, deseo y goce de los padres, con límites que eviten la superposición de un registro sobre el otro, favoreciendo así las condiciones para un buen enlace.

En otras palabras, en las entrevistas con los padres se escucha el lugar que su hijo ocupa en la fantasmática de cada uno de ellos, considerando además que el niño/a aún no cuenta con un fantasma constituido y que, por lo tanto, los padres tienen una presencia real. Respecto a los adolescentes, de acuerdo al momento subjetivo en el que se encuentren, los padres podrán (o no) estar presentes, real o simbólicamente. Si se deduce que el fantasma del adolescente ya está constituido, entonces los padres no se incluyen en el trabajo analítico. Por el contrario, si esto aún no ha ocurrido, el abordaje se asemejará al de la clínica psicoanalítica con niños/as (Gulian, 2016).

En las entrevistas preliminares con los padres se busca inferir el lugar que ocupa el niño/a y si ellos se implican —o no— subjetivamente en lo que ocurre a su hijo/a, y de qué modo lo hacen. Gulian (2016) sostiene que demora el ingreso del niño/a al tratamiento hasta registrar claramente esta implicación, y que, simultáneamente, pueda instalarse una sólida transferencia por parte de los padres.

En este sentido, Frizzera (2010) propone, como intervención del analista, instaurar un interrogante en los padres acerca de lo que sucede al niño/a, de modo que vayan construyendo posibles teorías o respuestas, dirigidas al analista, a quien se atribuye un cierto lugar de saber o autoridad, desplegándose de así la dimensión de la transferencia.

También con los padres es posible establecer la regla fundamental de la asociación libre, así lo sugiere Norma Bruner (2020), quien en su clínica la considera una técnica

“irremplazable e insustituible” (p. 122). Proponer a los adultos que digan todo lo que se les ocurra en relación a su hijo/a, suspendiendo toda crítica, es clave para la entrada analítica con el niño/a, como consecuencia de que los padres pueden comenzar a reconocer que “los puntos ciegos de retorno de su propia posición infantil en el Edipo ampliado, la tercera generación, y su historicidad, engarzan en su hijo” (Bruner, 2020, p. 126).

Se podría concluir argumentando que las entrevistas con los padres en la clínica psicoanalítica con niños/as, brindan un espacio para tramitar aquello que genera sufrimiento e incompreensión en relación con la problemática del hijo/a. Pero también implican una reactualización de lo padecido por los propios padres, que muchas veces es depositado sobre el niño/a. El registro y la elaboración de estos contenidos permite diferenciar lo propio de lo ajeno, favoreciendo así la posibilidad de otro lugar para el niño/a, en tanto sujeto.

3.c. El abordaje psicoanalítico en la urgencia. Articulación con la noción de “riesgo cierto e inminente”. Fundamentación teórica y discusión

Los conceptos de urgencia en salud mental y de urgencia subjetiva constituyen el paso previo para contemplar la posibilidad de responder con la internación como la estrategia terapéutica. No todas las situaciones de urgencia implican, en términos jurídicos, la existencia de un riesgo cierto e inminente que justifique una internación. Los modos de presentación en la urgencia son diversos, y los criterios clínicos para decidirla deben considerarse caso por caso.

En los relatos de los profesionales entrevistados se observó que, al hablar de internación, hacen referencia al dispositivo de guardia y a situación de crisis o de urgencia en las que llega el NNyA. Estas situaciones requieren una atención inmediata y, posteriormente, la definición de estrategias de abordaje —que en todos los casos relevados— fue la internación. Cabe señalar que se solicitó a los entrevistados la narrativa de un caso que evidenciara este tipo de intervención.

Desde el marco normativo, la urgencia en salud mental es definida en Lineamientos para atención de la urgencia en salud mental (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013) como:

Toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital. (Lineamientos para atención de la urgencia en salud mental, 2013, p. 6)

Por su parte, Ochoa De La Maza et al. (2018) plantean que la intervención del analista “estará orientada a hacer de la urgencia una urgencia subjetiva, del hecho un acontecimiento” (p. 554), intentando restablecer la cadena discursiva que quedó interrumpida y que generó en el sujeto la vivencia de la angustia y, por lo tanto, del desamparo frente a la experiencia de encontrarse ante la certeza de un peligro inminente.

Si bien no es posible establecer a priori cuáles serán los efectos subjetivos tras la intervención en la urgencia, sí puede suponerse que la apuesta estará en que se establezca “una pausa que le permita al paciente hacer suyo este sufrimiento” (Sotelo, 2005, p. 102); es decir, que esa urgencia pueda ser subjetivada, condición necesaria para que se despliegue una demanda de análisis.

La consideración de la urgencia y su posibilidad de subjetivación constituye un proceso que no culmina con la atención en la guardia. Dicho trabajo subjetivo prosigue durante la internación y forma parte de la dirección de la cura que lleva adelante el practicante del psicoanálisis.

En las entrevistas, los profesionales subrayan que el trabajo durante la internación conlleva habilitar un espacio de escucha del sufrimiento del sujeto, que le permita comenzar a hablar de lo que le pasa, historizar, bordear con palabras lo que, en un primer momento, fue vivenciado como puro real. En la entrevista, un profesional expresa:

Con respecto a la niña, la escucha apuntaba a ver si estaba mejor, si estaba más tranquila, si podía hablar más de lo que había pasado (...). En un primer momento, no pudo contar mucho qué le pasó (...). Escuchar algo más de ella, de su historia, qué le pudo haber pasado, porqué lo hizo, con qué hecho lo relaciona. [Protocolo 2].

La posibilidad de escuchar implica habilitar un espacio para la emergencia del sujeto, lo cual es expresado del siguiente modo:

El trabajo apuntaba, más que nada, a darle un lugar (...), darle alguna escucha a ella, para que algo de ella puede aparecer y no tanto quedarme enganchado con la visión de la mamá, sino darle lugar a la adolescente. Apunté, más que nada a eso, a poder escucharla. [Protocolo 5].

Esta escucha habilita en el sujeto la posibilidad de construir representaciones que le permitan expresar, a través de la palabra, aquello que previamente parecía haber sido vivido como acción. Así lo señala uno de los profesionales en su discurso:

Al principio estaba desafectivizada, no parecía algo psicótico, pero solo le daba valor al hecho en cuanto al quilombo que armó y los problemas que le podía generar, pero no al hecho de poner en riesgo su vida y todo lo que eso implicaba. Paulatinamente, fue como tomando conciencia de eso y asociándolo a que se sentía muy sola. [Protocolo 7].

Ahora bien, como se enunció anteriormente, la clínica psicoanalítica con niños/as presenta especificidades, por lo que la noción de riesgo cierto e inminente propuesta en la Ley de Salud Mental debe ser pensada teniendo en cuenta dichas especificidades. Tal como se explicita a continuación, la noción de riesgo en niños y adolescente no es equiparable a los criterios que definen el riesgo en los adultos.

Las particularidades de la atención en situaciones de urgencia de salud mental, cuando se trata de NNyA, son definidas por Mónica García Barthe (2009), para quien la evaluación de riesgo se piensa en la relación niño-adulto. La autora señala que:

Principalmente escuchamos al niño/a que está perdido/a en medio de esa situación y oculto/a por ella. Escuchamos su padecer y su sufrimiento. Fundamentalmente, evaluamos el grado de riesgo al que ese niño/a está expuesto/a. La urgencia además nos obliga a tomar decisiones y proponer estrategias en un lapso de tiempo corto (...) Escuchar al adulto que lo acompaña (...) Y una vez que escuchamos, nos tenemos que hacer cargo de lo que nos dijeron y actuar en consecuencia. (García Barthe, 2009, p. 212)

Asimismo, García Barthe (2009) deja en claro que “el riesgo, para un niño, depende fundamentalmente de los adultos que lo rodean” (p. 212). Por lo tanto, al momento de evaluar el riesgo cierto e inminente, la autora destaca la importancia de considerar no solo la gravedad del hecho acontecido, sino también la contención que ofrece el grupo familiar,

la existencia de otras redes sociales de apoyo, el registro que el adulto referente tiene sobre la gravedad de lo sucedido y su posibilidad de implicarse en la situación que ha afectado al niño/a. En este sentido, resulta clave valorar la capacidad del adulto para reflexionar sobre lo ocurrido y su apertura al cambio.

Al indagar en las entrevistas acerca de la decisión de internación, los profesionales señalaron que, para tomar dicha decisión, consideraron tanto el estado del niño/a como la situación del adulto que lo acompañaba, quien en muchos casos era su referente afectivo principal, e incluso, el único. La evaluación del riesgo, tanto en el niño/a como en el adulto, fue mencionada por los profesionales como un aspecto central, lo cual se refleja en los siguientes párrafos:

Se decide esa internación por cómo estaba ella y también porque la madre, por ahí, no registraba esto que le estaba pasando a ella; desconocía lo que le pasaba, tampoco lo tomaba con gravedad lo que ella hizo (un intento de ahorcamiento). [Protocolo 2].

Ella (la madre) también estaba muy desbordada, y aunque cediera el cuadro del niño, había como una dificultad en este vínculo que exacerbaba la cuestión de niño, y eso hacía que la madre se desborde y viceversa. Veíamos muchas dificultades de contener y acompañar en el momento de la crisis; ella se ponía peor. [Protocolo 6].

Se evidenciaba una estructura psicótica en la mamá y, en ese momento, como que estaba también muy desbordada (...), no podía con esa hija. [Protocolo 5].

El concepto de urgencia en la infancia y su relación al riesgo subjetivo ha sido desarrollado por Martínez Liss y Marchesotti (2017), quienes propone dos dimensiones para pensar la urgencia en niños y niñas. Se centran en dos modos de presentación, uno de ellos descripto a partir de la lectura que hacen de la Conferencia 34 de Freud publicada en 1933, sobre el estallido de la neurosis en la infancia. Este estallido está asociado a una ruptura en la escena de juego del niño/a, donde la pulsión se desanuda del entramado simbólico-imaginario que sostenía la escena. Sin la posibilidad de la metaforización a través del juego, el sujeto ante la pregunta por el deseo del Otro, no tiene otra opción más que encarnar, dar cuerpo a esa pregunta, predominio de la dimensión de lo real, de lo

pulsional que se satisface de manera directa sin la mediación simbólica que otorga el juego.

La situación de urgencia en los niños y adolescentes, tal como surge de los casos relatados, se encuentra asociada a la presencia de actos en los que atentaron contra su vida, acciones agresivas hacia su entorno más próximo, así como también a la manifestación de ideas de desesperanza y de muerte. En las entrevistas se registraron algunos de los siguientes motivos:

Se había ahorcado, se había puesto en riesgo (...). Contaba que no estaba bien, que no se sentía bien, que quería volver a hacerlo. Había como mucha desesperanza; entonces, se vio que ella estaba en riesgo, que seguía con esta idea, no se veía en otra cosa más que en esa situación que la angustiaba. [Protocolo 2].

Ingresó por guardia por excitación psicomotriz (...), era en momentos en donde él estaba muy excitado, que se podía lastimar él o podía lastimar a los papás (...). Por estas crisis podía llegar a lastimarse y, además, los padres no podían frenarlo, parar, por lo que se decide la internación. [Protocolo 3].

Cuando llega lo hace directamente por la emergencia con una crisis de excitación, ya con una alta dosis de medicación, y el cuadro no cedía (...). Tenía conductas de heteroagresividad dirigidas concretamente a la madre. [Protocolo 6].

Es posible articular estas ideas con los planteos de Flesler (2011), quien, al desarrollar el concepto de acting out en niños y púberes, afirma que lo que “muestra en la escena es un llamado, ante la angustia desbordante, cuando el sujeto no encuentra letra para enmarcar el goce” (p. 79). En continuidad con esta línea de trabajo, advierte sobre el pasaje al acto al plantear que:

Cuando los niños hacen su llamado al Otro real —los padres—, el acting out puede hallar un marco, siempre y cuando ellos atiendan al pedido que la escena entraña. Pero si en los padres el anclaje de algún goce les impide recibir el mensaje que les está dirigido, es el pasaje al acto con su perfil de tragedia el que acecha con aniquilar la escena destrozando cualquier vía simbólica. (Flesler, 2011, p. 80)

Además, Flesler (2011) no excluye la incidencia de las características de la época actual en estas urgencias subjetivas, destacando:

Actualmente, bajo el amparo de un discursoseudolibertario, aunque no faltan las reglas, se inhiben las sanciones, la pulsión comanda, la angustia cunde, el aburrimiento compele a los niños y a los jóvenes adolescentes al acting out como demanda de simbolización que se dirige al Otro. Conviene escucharlos. La sordera ante el clamor de una letra que limite y dé vector legítimo a la pulsión desorbitada, lleva a una angustia que no hace señal, sino que precipita a lo irreparable, provocando que la tragedia avance con pies de gliptodonte hasta el siempre costoso pasaje al acto. En él, el sujeto frecuentemente paga el desborde con su vida. (p. 82)

En los casos atendidos en urgencias, es posible vislumbrar cierta respuesta del sujeto ante la posibilidad de que la palabra comience a circular y algo pueda ser escuchado, no solo por el analista —quien ocupa el lugar del Otro en transferencia—, sino también por el grupo familiar. En las entrevistas, los profesionales destacan lo siguiente:

El trabajo apuntaba, más que nada, a darle un lugar, porque esta mamá le daba un lugar de enferma; siempre depositaba todo en esa adolescente (...). Y con la mamá, era intervenir un poco en trabajar sobre cómo ver otras cosas de esta adolescente. Iba en ese punto, porque si no, era como que ella lo que único que podía decir de esa hija era todo lo que estaba mal. [Protocolo 5].

En su casa, su mamá tenía 8 hijos, el papá estaba como muy pasivo, prácticamente no lo veía, y encontraban afuera eso que no encontraba en su contexto familiar. Y cada vez que le proponíamos hacer una entrevista y devolverle algo a la familia, ahí es como que ella se empieza a entusiasmar. [Protocolo 7].

En la segunda propuesta de Martínez Liss y Marchesotti (2017) para pensar los modos de presentación de la urgencia en la infancia, identifican aquellos casos que, a simple vista, no parecieran requerir una urgente intervención. Son modos de presentación más bien silenciosos, en los que se puede inferir dificultades en los tiempos de constitución subjetiva. Estos/as niños/as no tienen la posibilidad de jugar, no por una ruptura o estallido, sino que aún no hubo posibilidad de instalación de la escena de juego. Así sostienen que:

El exceso se presenta en esta clínica como urgencia en silencio. La dimensión de ruptura que conlleva la urgencia la introduce el analista con su escucha y su sanción. El exceso que el analista lee lo ubicamos en relación al Otro y al niño. (Liss y Marchesotti, 2017, p. 139)

Tanto la propuesta de estas autoras como la de Flesler se enmarcan dentro del concepto de trauma. Freud (1998/1916) establece que:

La expresión ‘traumática’ no tiene otro sentido que ese, el económico. La aplicamos a una vivencia que en un breve lapso provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad del estímulo que su tramitación (...) por las vías habituales y normales fracasa. (p. 252)

Más adelante, Freud (1998/1925) determina que la situación traumática se desencadena debido a que “el aparato anímico fracasa en el dominio sobre volúmenes de excitación que aguardan trámite” (p. 140). Es este exceso pulsional el que hay saber leer en la urgencia, atento a sus diferentes modalidades de presentación, a fin de operar intentando restituir al sujeto en la cadena simbólica.

A partir del registro de lo real, Claudia Garro (2015) expone la articulación entre trauma y pulsión para pensar la urgencia como una “irrupción de lo real, tyché, donde toma la escena el goce pulsional que aplasta al sujeto del inconsciente (...) Una ruptura en el discurso” (p. 17).

Existe, entonces, un exceso pulsional que se manifiesta sin mediación: no hay posibilidad de escena de juego ni de palabras; es pura descarga, donde el cuerpo pierde toda coordinada, predominando el movimiento desenfrenado, desorganizado y sin enlace al orden simbólico. Esto queda expuesto en los siguientes párrafos extraídos de las entrevistas:

El niño no hablaba, llegó súper excitado. Eso ya es un criterio, porque es un niño que no se puede calmar. [Protocolo 4].

Es un niño muy pequeño (...). Cuando llega, lo hace directamente por la emergencia, con una crisis de excitación, con una alta dosis de medicación, y el cuadro no cedía (...). Muy grave, realmente. No accedía a la palabra, no se conectaba con la mirada, no hablaba ni con su mamá, no interactuaba (...). Durante la internación fue que

el niño pudo regular su sueño, que hacía días que venían sin dormir. No podía parar con nada. [Protocolo 6].

En este orden de ideas, y pensando en el abordaje de púberes y adolescentes en la urgencia, resulta pertinente retomar a Freud (1998/1895) respecto a la conceptualización del trauma en dos tiempos. Así, al desarrollar el caso Emma, declara que “se da el caso de que un recuerdo despierte un afecto que como vivencia no había despertado, porque entre tanto la alteración de la pubertad ha posibilitado otra comprensión de lo recordado” (Freud, 1998/1895, p. 403), destacando que lo vivenciado solo a posteriori devino trauma.

Es posible, entonces, pensar los cambios en la pubertad como “la dimensión de una irrupción, de un desorden sin cálculo, que como por azar se presenta ahí, demandando una nueva respuesta del sujeto” (Díaz, 1999, p. 41). En consecuencia, resulta necesario un trabajo de construcción de representaciones psíquicas de los cambios puberales, lo que implica contar con recursos simbólicos e imaginarios que permitan una reacomodación de la nueva imagen de sí mismo. De no ser así, la imposibilidad de inscribir dichos cambios conllevará su expulsión, generando una ruptura en la continuidad de la imagen de sí y/o el desencadenamiento de una psicosis (Franco, 1995).

Poder identificar en qué momento de su constitución subjetiva se encuentra el niño/a, así como reconocer las particularidades del trabajo subjetivo del adolescente, orientará al analista en su lectura acerca de la urgencia subjetiva que motiva la consulta. Esto, a su vez, guiará la dirección de la cura que se propondrá para ese paciente. En el siguiente párrafo se evidencian algunos de los interrogantes que uno de los profesionales entrevistados plantea para orientar su intervención:

Cuándo surgían las crisis, en qué momento, y si tenía que ver con las necesidades del hijo de despegarse de su mamá, donde había tanto pegoteo que, de hecho, se observó algo de eso, una mamá muy pegajosa (...). Como ya era un adolescente, que ya no lo bañara más la mamá, instaurar ciertas pautas para preservarlo ahí también, desde su intimidad como sujeto, cuidar su privacidad. Era un chico que iba creciendo; los padres no entendían mucho de eso, lo seguían tratando como niño. [Protocolo 3].

Será entonces función del equipo de salud mental, tras escuchar al NNyA y a su familia, evaluar en la urgencia la presencia de un riesgo cierto e inminente, lo que implica

necesariamente una intervención específica en la guardia por parte del practicante del psicoanálisis. “Es decir que la operación esencial es la escucha y la lectura del analista, que sanciona la urgencia y la establece como tal. El analista lee una urgencia y la pone al trabajo para que devenga subjetiva” (Marchesotti y Martínez Liss, 2019, p. 548).

En consonancia con lo anterior, es factible concluir que, en la urgencia de NNyA, se atiende tanto al momento de constitución subjetiva en la que se encuentran — identificando aquellos casos en los que dicha constitución se encuentra gravemente comprometida—, realizando una valoración de los procesos que predominan y de las lógicas que lo caracterizan (Rodulfo, 2016), como también de las contingencias que inciden en el modo de manifestación al momento de la consulta. Es decir, se consideran aquellas rupturas o estallidos que rompen con la homeostasis vital del sujeto, en tanto posibles demandas de atención en el servicio de emergencia del hospital y contempladas como situaciones de urgencia que pueden revestir criterios para una internación.

3.d. La indicación de internación desde una lectura psicoanalítica: ¿cuándo y por qué? Fundamentación teórica y discusión

Al abordar la internación, la Ley de Salud Mental (2010) establece que esta constituye un “recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables” (Ley N° 26.657, 2010, art. 14) y que “debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos establecidos” (Ley N° 26.657, 2010, art. 15). Como se desarrolló previamente, la internación de NNyA debe considerarse involuntaria, entendiéndose como un “recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posible los abordajes ambulatorios y solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” (Ley N° 26.657, 2010, art. 20).

Este es un aspecto en el que coinciden la mayoría de los profesionales entrevistados, quienes destacan **la ineficacia de los tratamientos ambulatorios** que, en muchos casos, culmina en la necesidad de una internación. Por ello, resulta pertinente subrayarlo. Al respecto manifiestan:

Era un chico del interior y en el interior tenía un dispositivo para adolescentes de salud mental, pero los padres decían que no confiaban en ese dispositivo; entonces, lo habían dejado de llevar ahí. [Protocolo 3].

Era una adolescente que venía, estaba como concurriendo a tratamiento, pero nosotros lo pensamos como una descompensación, en relación también a la mamá, que también estaba muy desbordada. [Protocolo 5].

En primera instancia fue poder escuchar a la colega que lo venía atendiendo hace bastante tiempo al paciente, que además es un niño muy pequeño (...). El niño tenía estas crisis a repetición hace bastantes semanas y que no cedían con nada. Le estaba dando la medicación que tenía indicada por su psiquiatra, pero el cuadro no cedía. [Protocolo 6].

En el apartado anterior se cuestionó la noción de riesgo cierto e inminente y sus especificidades en la clínica con niños/as. De lo expresado puede inferirse que, al tratarse de niños/as y adolescente, la noción de riesgo no siempre implicará la decisión de una internación, sino que pueden adoptarse otras intervenciones cuyo efecto subjetivo incidirá en el estado del paciente, atenuando su sufrimiento y abriendo nuevas vías para la elaboración de aquello que generó malestar y motivó la consulta de urgencia.

Cabe aclarar que, si bien la internación como indicación corresponde al ámbito de la salud, especialmente al campo médico y hospitalario, y su decisión requiere de al menos dos profesionales de distintas disciplinas, la intención aquí es construir posibles respuestas desde una lectura psicoanalítica. Se entiende que no se trata de un saber generalizable ni aplicable a todos por igual, ya que los efectos subjetivos podrán leerse en el caso por caso, respetando la singularidad de cada niño, niña, adolescente, así como de su familia.

En la totalidad de las entrevistas se observó una clara convergencia en la lectura clínica que realizan los profesionales respecto a lo que consideran una situación de riesgo y la consecuente indicación de internación: el estado del niño/a o adolescente en la urgencia y la posición del adulto que lo acompaña. Esta perspectiva coincide con el planteo de García Barthe (2009), quien sostiene que la evaluación del riesgo se basa principalmente en la relación niño-adulto.

Para analizar la posición del adulto frente al niño /a y/o adolescente, es condición necesaria introducir la noción de funciones parentales, en tanto se encuentran en un estado de indefensión y vulnerabilidad, dependiendo completamente de los adultos que los rodean, principalmente de aquellos encargados de dichas funciones. Al abordar la familia conyugal, Lacan (2010/1969) advierte que, a pesar de los cambios sociales ocurridos a lo largo del tiempo, hay un elemento que permanece irreductible y trasciende la mera satisfacción de las necesidades, cuya función es la de propiciar la constitución subjetiva, a partir de un deseo que no sea anónimo. Lacan (2010/1969) plantea que:

Las funciones del padre y de la madre se juzgan según una tal necesidad. La de la madre: en tanto sus cuidados están signados por un interés particularizado, así sea por la vía de sus propias carencias. La del padre, en tanto que su nombre es el vector de una encarnación de la Ley en el deseo. (pp. 56-57)

Dado que la constitución subjetiva y el lugar de los padres fueron desarrollados previamente, se enfatizarán aquí aquellas situaciones en las que es posible inferir el desfallecimiento de estas funciones, producto de múltiples contingencias. La caída del Otro en su función no necesariamente será permanente; en ocasiones se trata de estados transitorios, pero no dejan de tener efectos en el sujeto, especialmente cuando este se encuentra en tiempos de constitución. Como señala Flesler (2008), “cuando contingentemente se produce en la infancia un desfallecimiento anticipado del Otro, ello puede dejar estragos en el sujeto de la estructura” (p. 54). En relación al período de la pubertad y al necesario desasimiento de la autoridad parental, Flesler (2008) advierte que “si falla la función, el sujeto en lugar de desasirse se deshace. Los desórdenes pulsionales suelen ganar la partida; muchas veces inclinando la balanza hacia la muerte más que hacia la vida” (p. 63).

A partir del análisis de los casos de Dora y de Sidonie (la joven homosexual), Flesler (2011) advierte sobre estos riesgos y explica que:

Lo que el acting muestra en la escena es un llamado, ante la angustia desbordante, cuando el sujeto no encuentra letra para enmarcar el goce. En la infancia, tal como podemos leer en los dos casos paradigmáticos tomados de Freud por Lacan, el llamado se dirige al Otro real, es decir a los padres (...) Pero solo se obtiene una sorda mirada colérica que la arroja al pasaje al acto. (p. 80)

Colegir el lugar que ocupa el/la niño/a en el nudo de los padres, en ese entrecruzamiento entre amor, deseo y goce, constituye un dato clínico ineludible para el analista. Es fundamental reconocer, a partir del discurso de los padres, tanto los buenos enlaces como las fallas, dado que, en los tiempos de constitución del sujeto, el engranaje de estos tres anillos no es estático sino dinámico, y varía según las contingencias, incidiendo en la relación del niño/a con el Otro (Flesler, 2011).

Es oportuno retomar la noción de transferencia a la cantonade desarrollada por Erik Porge (1990) en el marco de la clínica psicoanalítica con niños/as. El autor plantea que se trata de una transferencia indirecta dirigida al analista, en un momento en que el niño no puede sostener el lazo transferencial con alguno de los padres, debido al desfallecimiento de estos en su función. Este desfallecimiento puede estar motivado por diversas contingencias, como cambios en los roles familiares, nacimientos o muertes, que hacen que los padres dejen de ocupar el lugar de sujeto supuesto saber para el niño.

La dinámica que predomina en la relación entre padres e hijos brinda elementos clínicos. El practicante del psicoanálisis, desde su posición de escucha particular, irá desplegando interrogantes en torno al niño/a y/o adolescente y su relación con el Otro — encarnado en los padres o en quienes cumplen las funciones parentales—, lo cual orientará sus intervenciones y permitirá leer sus efectos en un tiempo posterior. En las entrevistas realizadas, los profesionales señalaron lo siguiente:

Veíamos que, en los padres, algo había cambiado en relación a su posición, pudieron entender que el hijo creció, que está más grande, que hay cosas que la mamá ya no puede hacer. [Protocolo 3].

Escuchaba si, en la madre había otro registro de la niña durante la internación, si había cambiado un poco ese no registro que tenía. Porque, incluso, esta mamá además eran de la etnia Qom, entonces uno no sabía si era cultural este no registro, esta cuestión de no tomarlo como grave, o bien si era una madre más desentendida, desobjetivizada con esta niña, no la miraba. [Protocolo 2].

La mamá pudo estar más tranquila, pudiendo también ver otras cosas de C. Entonces, ahí pensamos el alta. [Protocolo 5].

Para el alta, primero se pudo trabajar mejor con la mamá que con el papá. La madre accedió a poder contenerla en su casa. Cuando vimos que había un adulto referente que podía contenerla esta menor, se decidió que se vaya de alta. [Protocolo 8].

En tanto practicantes atravesados por la ética del psicoanálisis, quienes ejercen esta praxis reconocen que no es posible establecer generalizaciones. Sin embargo, y únicamente a los fines expositivos —así como en atención a las limitaciones del desarrollo propias de este trabajo—, se tomaron dos variables centrales para el análisis: por un lado, el padecimiento subjetivo del niño/a, y por otro, su relación con la caída del padre o la madre en su función. Estas variables se consideraron como posibles criterios orientadores para indicación de una internación. No obstante, ello no excluye que otros analistas, desde su propia lectura clínica, puedan considerar diferentes criterios, dado que toda intervención se define caso por caso, rescatando siempre singularidad del sujeto.

Cabe destacar además que, ante el exceso de goce pulsional sin ley que lo limite —tanto en el niño/a como en sus padres—, la institución hospitalaria puede llegar a operar como una instancia de terceridad, encarnando ese Otro que pone un límite al desborde, ofreciendo un marco que permita reordenar los lugares de cada uno. Es decir, frente al desfallecimiento del Otro parental, es la institución la que, por su posición y su función, puede alojar y representar temporalmente ese lugar, restituyendo cierto orden simbólico.

Una internación en salud mental debe procurar que el sujeto infantil que ingresa desarrolle un proceso tal que al momento de su egreso se encuentre diferente con respecto a su padecimiento psíquico. Algo de esa vivencia hospitalaria tiene que transformarse en experiencia subjetiva para construir algún cambio que posibilite cierto bienestar físico, psíquico y social del paciente. El psiquismo siempre está abierto a resignificarse, de allí la importancia de cada vivencia y del Otro que intervenga. (Aguirre, 2021, p. 180)

De este modo, pensar la internación de un niño/a o adolescente implica apostar a que el acto de internar se constituya en un acto simbólico, capaz de propiciar la apertura de un espacio para la emergencia del sujeto de deseo, y no ya su fijación en el lugar de objeto de goce del Otro. Incluir el hospital pediátrico no solo en su materialidad, sino también como espacio simbólico que aloja, coincide con la propuesta de Mercedes Minnicelli (2021), quien sostiene que “los ritos, tanto como los dispositivos y las

instituciones, son artificios no naturales” (p. 44). En este sentido, la internación puede ser pensada como un dispositivo artificial, un artificio que responde al malestar, “a fin de crear condiciones de posibilidad para que la subjetividad advenga” (Minnicelli, 2021, p. 12).

Concebir la institución como un lugar capaz de alojar subjetivamente en momentos de crisis constituye una apuesta clínica, una respuesta de los profesionales ante la urgencia, buscando modos de limitar lo que se vivencia como del orden del exceso. Sus testimonios:

En un primer momento no pudo contar mucho que le pasó. Sí se vio más esta cuestión de desesperanza, de querer terminar con su vida. Entonces dimos lugar a la internación por eso, para poner como un corte y que ella pueda estar en otro lugar, no en su casa. [Protocolo 2].

Hay algo de la subjetividad que se enlaza en los casos en los que uno, a partir de la internación, hace un corte en alguna situación que está muy caótica. [Protocolo 6].

Habrá que pensar, en cada caso, qué se agotó, qué instancias se agotaron, o cuándo uno interviene con la internación como para poner un corte. [Protocolo 7].

Es necesario recalcar que toda indicación de internación se encuentra enmarcada dentro de lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental (2010), así como por la Ley de Protección Integral de Derecho de Niños, Niñas y Adolescentes (2005), en concordancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos. Estas normativas otorgan al niño y al adolescente estatuto de sujeto de derechos y, aunque el terreno psicoanalítico difiere del terreno jurídico, es posible leer que dicha “dimensión jurídica tiene efectos subjetivos” (Aguirre, 2021, p. 159).

Es decir, la ley simbólica como estructurante del sujeto se vehiculiza, se inscribe y opera a través el dispositivo de la juridicidad estatal (...) la norma jurídica es el soporte de la ley simbólica dado que esta no puede operar sus efectos desde sí, sino mediante algún procedimiento social efectivo, por lo cual requiere de operadores situacionales que trabajen con procedimientos que le den eficacia. (Capacete, 2018, párr. 16)

De lo expuesto se desprende que proponer la internación implica considerar un complejo entramado de variables en juego. Se parte de la lectura que un analista realiza de la urgencia subjetiva en la que se encuentra el niño/a y el adulto que lo acompaña, apostando a que la institución funcione como terceridad, que pacifique, contenga y habilite un nuevo montaje simbólico e imaginario frente a ese real pulsional desanudado, que irrumpe sin mediación y que, en ocasiones, arrasa subjetivamente, dejando como única vía de salida la muerte.

Desde esta perspectiva, se articula la dimensión clínica con el campo institucional, entramado que incluye normas deontológicas, jurídicas e institucionales (Salomone, 2006) en pos del resguardo del niño.

Además, al proponer la internación y llevar adelante la atención del paciente durante el tiempo que esta se extienda, el practicante del psicoanálisis “ofrece una eficacia terapéutica que es la oferta de la transferencia (...), de alojamiento del sujeto tratando de localizar el acontecimiento traumático o develando las coordenadas en las que la irrupción sintomática apareció. Así el decir podrá desplegarse” (Margulis, 2015, p. 226), dando lugar al inicio de un trabajo subjetivo.

Es importante subrayar que los efectos subjetivos de la internación solo podrán leerse a posteriori, a partir del trabajo analítico realizado, es decir, de la escucha clínica tanto al niño y como a sus padres durante su estadía en el hospital.

Otra cuestión que resulta pertinente introducir es la relación entre el marco normativo (código de ética y deberes profesionales) y la dimensión clínica, especialmente al momento de la **resolución de conflictos** que pueden surgir durante la internación. En los relatos de los practicantes del psicoanálisis entrevistados, se evidenciaron diversas modalidades de respuestas ante estas situaciones. Se observó coincidencia respecto a lo que podría ser uno de los **principales conflictos** suscitado **durante la internación**, esto es, las diferencias entre lo que consideran criterio clínico y otros criterios (médicos o jurídico):

Había que habilitarse mucho para hacerse escuchar respecto a la necesidad, y llevaba su tiempo y su gasto de energía. Hasta que se lograba, cuando era un paciente que lo necesitaba, la internación, pero generaba mucho gasto de energía, porque tenías que ir a hablar con los directivos, tenías que hablar con la sala, la sala que se resistía. Y bueno, por ahí asustaba un poco esta cuestión. Bueno, justamente, la ley nos ayudaba,

acompañados de la ley podíamos decir que, si no lo internábamos, iba a ser un acto discriminatorio. Entonces, esto generaba que ahí pudieran escuchar. [Protocolo 3].

En este caso, se identifica la situación problemática en la **resistencia del médico a internar**. Siendo su resolución: la articulación entre la **dimensión clínica** —que implica el reconocimiento del sufrimiento subjetivo del niño y/o adolescente— y la **dimensión normativa**, que establece que sugerir o indicar una internación forma parte del ejercicio profesional. Asimismo, negarse a esta indicación puede ser considerado un acto discriminatorio.

¿Te acordás que veníamos por A un montón ad honorem en ese momento? Porque nadie nos pagaba las horas extras acá, pero fue sumamente necesario. [Protocolo 6].

Aquí la situación problemática radica en la **ausencia de guardias de salud mental**. La resolución se produce a partir del entrecruzamiento de la **dimensión clínica** —registro del sujeto y de la transferencia— y el **campo normativo-institucional** —la responsabilidad profesional ante la situación de urgencia—.

En el siguiente fragmento se destaca que el punto de articulación entre ambas dimensiones consiste en entender la Ley de Salud Mental no como un obstáculo para la **dimensión del sujeto** y de su **singularidad**, sino como un marco institucional que posibilita y orienta la intervención clínica.

Se trata de trabajar sobre la urgencia por la cual se interna, pero yo no dejo de lado nunca el caso por caso. Por ahí entiendo que las internaciones tienen que ser lo más corta posible, eso sabemos, pero bueno, se trata de resolver la urgencia en el momento y luego se sigue trabajando por consultorio. [Protocolo 11].

Asimismo, en los relatos se evidenciaron situaciones en las que el conflicto se resuelve privilegiando **uno de estos criterios por sobre el otro**, generando malestar en el profesional de salud mental.

También tuvimos otro caso, de un paciente que estuvo casi un año internado por malas intervenciones de otro organismo, que la ley habilita, incluso en contra del criterio del equipo tratante. [Protocolo 9].

Se inmiscuyen en pensar cómo debería ser la direccionalidad, qué tenés que hacer, te empiezan a dar directivas sin poder conocer las particularidades del caso, y ahí

se vuelve todo muy complicado. Hay ciertos organismos que, por ahí, aprietan más.
[Protocolo 6].

De lo expuesto se desprende que el profesional debe maniobrar entre múltiples variables en juego, las cuales no pueden definirse de antemano ni “controlarse” mediante protocolos rígidos que establezcan su abordaje. Las estrategias se determinarán en cada caso, a partir de la lectura que realice el profesional y de su posicionamiento, siempre respetando la singularidad de quien consulta.

Reflexiones finales

La clínica psicoanalítica con niños, niñas y adolescentes presenta especificidades que exigen del practicante del psicoanálisis inserto en las instituciones, un saber hacer con diferentes elementos en juego, los cuales se encuentran en constante interacción. La decisión de internación por motivos de salud mental es, para el psicoanálisis, un aspecto extraterritorial y, sin embargo, atraviesa su práctica diariamente dentro del hospital. A su vez, las prácticas de salud mental se encuentran atravesadas por otro campo que les es ajeno conceptualmente en cuanto a la perspectiva disciplinar, pero que las influye y encuadra: el campo del Derecho. Este otorga un marco legal a las prácticas, a través de la enunciación de los aspectos jurídico-normativos que orientan las acciones profesionales, las cuales, a su vez, se rigen por las normas deontológicas de cada una de las disciplinas.

A lo largo del desarrollo de esta investigación, fue posible evidenciar que la Ley de Salud Mental Argentina propone e instala un nuevo paradigma para comprender y abordar el sufrimiento subjetivo. Este texto jurídico se asienta sobre un sólido bagaje de instrumentos tanto nacionales como internacionales, de defensa de los derechos humanos en todos sus aspectos. Como se desarrolló previamente, la ley ha cuestionado el monopolio discursivo sobre el padecimiento mental y, por lo tanto, ha permitido visibilizar y poner en cuestión el poder hegemónico sostenido por determinados sectores de la sociedad. Estos se han posicionado en un claro enfrentamiento —que continúa en la actualidad— y que buscan modificar aspectos claves de la ley, intentando eliminar, de este modo, la horizontalidad y la redistribución del poder entre todos los sectores involucrados.

El objetivo principal de esta investigación ha sido identificar las posibles convergencias y divergencias entre la Ley de Salud Mental y la práctica del psicoanálisis desde la perspectiva de los propios profesionales. Si bien esta temática ya había sido investigada previamente, el carácter de novedad de este trabajo radica que la investigación se circunscribió específicamente a la práctica de la internación por salud mental en un hospital pediátrico. Los ejes a indagar fueron tomados a partir de lo que propone la Ley de Salud Mental, estableciendo posibles articulaciones con la clínica psicoanalítica con niños, niñas y adolescentes. Como se evidenció en esta investigación, este es un ejercicio que los profesionales realizan constantemente. El relato de sus prácticas permitió mostrar

la complejidad de las decisiones que llevan a cabo los agentes de salud mental, decisiones que incluyen múltiples factores y establecen una relación dinámica entre ellos.

Esta investigación muestra, principalmente, que la ley por sí sola, no tiene efectos; es solo través de sus intérpretes que cobra vida. Es necesario internalizarla y hacerla propia, desde la singularidad que caracteriza a cada profesional como sujeto; desde la particularidad que implica el campo disciplinar al que se abocan —salud mental y psicoanálisis—; y desde la generalidad, en tanto ciudadanos, sujetos con derechos y con obligaciones.

La noción de salud mental que sostienen los profesionales se encuentra en consonancia con la propuesta de la Ley de Salud Mental. Se reconoce el carácter complejo del sufrimiento subjetivo, se consideran múltiples aspectos, y es desde esta perspectiva que se definen las intervenciones.

A su vez, se pudo evidenciar que la internación por motivos de salud mental en NNyA tiene sus particularidades. Por ejemplo, el riesgo “cierto e inminente” que establece la ley debe ser interpretado teniendo en cuenta la especificidad de la clínica con niños/as y adolescentes y los modos particulares en que se presentan las situaciones de riesgo en esta población. La literatura psicoanalítica brinda fundamentos teóricos para pensar la urgencia subjetiva y los modos de intervención, lo cual pudo ser inferido a partir del relato de los profesionales al comentar sobre los casos clínicos en los que han intervenido. Se ha observado la coexistencia entre la lectura clínica del padecimiento subjetivo realizada por los profesionales y los criterios establecidos por la Ley de Salud Mental para la internación. En este marco, se destaca que, en el caso de NNyA, la internación es considerada una medida involuntaria y que debe ser entendida como el último recurso terapéutico.

Asimismo, del análisis realizado se desprende que los profesionales, a pesar de manifestar no recordar los tratados y/o principios sobre los que se sustenta la Ley de Salud Mental, reconocen a niños y niñas como sujeto de derecho. Este reconocimiento se encuentra claramente atravesado por las concepciones actuales respecto de la infancia y la adolescencia, por una parte, y del sujeto con padecimiento mental, por la otra. Destacan también la habilitación de nuevos roles, espacios y prácticas, que han significado mejoras en la atención, entendida como un marco que garantiza el respeto por los derechos de los NNyA que requieren atención por motivos de salud mental. Dicho posicionamiento no

implicó, en ningún momento, que los profesionales desconocieran las diferencias en la concepción de sujeto que sustenta el Psicoanálisis y el Derecho; ambas coexisten en permanente tensión, pero sin que una anule a la otra.

La posibilidad de entrecruzamiento entre discursos se evidenció en distintos momentos del desarrollo de esta investigación. En el apartado referido al enfoque de derechos de la Ley de Salud Mental, los principales exponentes de la salud mental visibilizan la clara lucha de poder entre discursos hegemónicos que intentan dominar el campo de los saberes sobre el padecimiento subjetivo. La Ley de la Salud Mental Argentina representa una posición de resistencia, al proponer alternativas para pensar el padecimiento subjetivo y otros modos de escuchar al sujeto, sin pretender borrar las diferencias que lo constituyen como otro, distinto, ajeno. Por lo tanto, es en el respeto de esa diferencia donde se rescata y valora la dignidad humana.

Esta posición de resistencia entra en consonancia con el discurso de los profesionales atravesados por el psicoanálisis. Así, al discurso que sostiene la diferencia como “anormalidad” —haciéndola ingresar en la categoría de “enfermedad mental”—, se contrapone al discurso del psicoanálisis, que propone un sujeto entendido desde su singular modo de desear y de gozar. Del análisis de las entrevistas se infiere que es posible hacer entrar en juego la singularidad de cada sujeto propuesta por el psicoanálisis, tanto al momento de evaluar al paciente que ingresa a una guardia de salud mental, como al tomar la decisión de internación y definir sus posibles intervenciones durante el tiempo de permanencia en el hospital, dentro del marco establecido por la ley.

Tras el desarrollo teórico y el análisis realizado en esta investigación, es posible sostener que las convergencias pueden considerarse como momentos o instantes durante el proceso de atención: puntos de encuentro posibles que cobran existencia a través del saber hacer de los profesionales. Se trata de un trabajo complejo y “artesanal”, que ellos mismos destacan de manera constante pero que, a su vez, se alterna con otros momentos en los que las divergencias se acentúan.

Desde la perspectiva de los profesionales, las divergencias —que podrían entenderse como momentos de inexistencia de puntos de encuentro— se presentan cuando la ley, desde su carácter de “mandato”, pone en cuestión el criterio profesional y la ética que lo sostiene. Es decir, en aquellas situaciones donde conflicto se intensifica debido a las dificultades para su resolución, los profesionales tienden a responsabilizar a

la ley, argumentado que esto se debe a su carácter de obligatorio. De sus respuestas se infiere que la responsabilidad es ubicada en un solo lado, lo que habilita el interrogante sobre aquello que queda por fuera de ese discurso. En relación con esto, Gabriela Z. Salomone (2014) propone la idea de un “acto de lectura” del profesional, que lo posiciona frente a las circunstancias institucionales. Proponemos comparar esa idea con lo que, en psicoanálisis, conocemos como implicación subjetiva. Lo que aquí se vislumbra es que el profesional se percibe, en ciertos momentos, como impotente ante una ley que no le ofrece alternativas, sin lograr incluir allí la dimensión subjetiva a través de una lectura que le permita ponderar e interpretar la norma jurídica en articulación con el caso singular al que se enfrenta. Sostener un posicionamiento ético-profesional conlleva el reconocimiento de la incompletud, entendida como punto de partida para valorar cada caso en su singularidad (dimensión clínica), sin desconocer el marco jurídico-institucional que regula la práctica del profesional de salud mental.

Lo expuesto anteriormente resulta paradójico: por momentos, la ley habilita y facilita la práctica de la internación y, por otros, la entorpece y la obstaculiza. En este punto, Donald Winnicott (1971), nos ofrece una perspectiva interesante. Al presentar la noción de objeto transicional, lo hace desde una lógica paradójica, sobre la cual señala: “Mi contribución consiste en pedir que la paradoja sea aceptada, tolerada y respetada, y que no se la resuelva” (p. 14). Su propuesta, entonces, es la de aceptar las paradojas, saber hacer con ellas, sin reducirlas ni rechazarlas.

Finalizo así este trabajo de investigación, que no fue más que un intento de bordear aquello que se me ha presentado como enigmático: causa de deseo de todo investigador. Parafraseando a Lacan, la verdad solo puede decirse a medias; por eso, la apuesta es que esta tesis no concluya, no se cierre como un saber acabado, sino que abra camino para continuar el recorrido.

Referencias bibliográficas

- Acuña, E. (2013). Un inconsciente entre leyes y clases. *Estrategias Psicoanálisis y Salud Mental*, (1), 29-32. Recuperado de <https://revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/issue/view/173/82>
- Aguirre, L. (2021). *¿Qué hace un psicoanalista en un hospital?: infancias, adolescencias y salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de publicaciones educativas y material didáctico SRL.
- Amigo, S. (2005). *Clínica de los fracasos del fantasma*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* [Tratado internacional]. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* [Tratado internacional]. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1991). *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental* [Resolución 46/119]. Recuperado de <https://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/di-onuag46-119.pdf>
- Barcala, A. (2018). Salud Mental y niñez: Un contexto de tensiones, contradicciones y paradojas. *Topía, un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura*, (82), 28-29. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/revista/incertidumbre>
- Bruner, N. (2020). *Padres a la escucha en psicoanálisis: bebés, niños y adolescentes*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cámara de Diputados de la Provincia del Chaco (1986). Ley provincial 3.192. *Régimen para el ejercicio profesional del Servicio Social*. Boletín Oficial de la Provincia

del Chaco. Recuperada de <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/18646.html>

Cámara de Diputados de la Provincia del Chaco (1986). Ley Provincial 3.203. *Ejercicio Profesional de la Psicología*. Boletín oficial de la Provincia del Chaco.

Recuperada de <http://www.saij.gob.ar/LPH0003203>

Cámara de Diputados de la Provincia del Chaco (2012). Ley Provincial 7.162. *Sistema de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes*. Boletín oficial de la Provincia del Chaco. Recuperada de <https://www.saij.gob.ar/LPH0007162>

Cámara de Diputados de la Provincia del Chaco (2013). Ley provincial 7.346. *Ejercicio de la Enfermería*. Boletín oficial de la Provincia del Chaco. Recuperada de <http://www.saij.gob.ar/7346-local-chaco-ejercicio-enfermeria-deroga-ley-3520>

Capacete, L. (2018). Consecuencias subjetivas de la intervención penal. *El Sigma.com*. Recuperado de <https://www.elsigma.com/psicoanalisis-ley/consecuencias-subjetivas-de-la-intervencion-penal/13362>

Congreso de la Nación Argentina (1967). Ley nacional 17.132. *Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, la Odontología y actividades auxiliares*. Boletín oficial de la República Argentina. Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429/actualizacion>

Congreso de la Nación Argentina (1985). Ley nacional 23.277. *Régimen Legal del Ejercicio Profesional de la Psicología*. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23277-20059/actualizacion>

Congreso de la Nación Argentina (1991). Ley nacional 24.004. *Ejercicio profesional de la Enfermería*. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-403/texto>

Congreso de la Nación Argentina (2005). Ley nacional 26.061. *Protección Integral de los derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778>

Congreso de la Nación Argentina (2008). *Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad* (Ley 26.378). Recuperado de

<https://www.argentina.gob.ar/justicia/afianzar/discapacidad/convencioninternacional>

Congreso de la Nación Argentina (2009). Ley nacional 26.529. *Derecho de los pacientes en su relación con los profesionales de la salud*. Boletín oficial de la República Argentina. Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/texto>

Congreso de la Nación Argentina (2010). Ley nacional 26.657. *Derecho a la protección de la salud mental*. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Congreso de la Nación Argentina (2014). Ley nacional 27.072. *Ley Federal de Trabajo Social*. Boletín oficial de la República Argentina. Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854>

Congreso de la Nación Argentina (2015). *Código Civil y Comercial de la Nación* (Ley 26.994). Recuperado de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>

Díaz, G. (1999). Pubertad y después, Pubertad: discontinuidad necesaria. En *“Bordes...un límite en la formalización”* (1ªed.). Rosario: Ediciones Homo Sapiens.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, & Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2012). *Lineamientos para la atención de intentos de suicidio en adolescentes* [Documento PDF]. Recuperado de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/2020-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones & Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2013). *Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental* [Documento PDF]. Recuperado de <https://risamheep.com.ar/biblioteca/protocolos-y-guias/item/9-lineamientos-para-la-atencion-de-la-urgencia-en-salud-mental-msa>

Dirección de Salud Mental y Adicciones & Ministerio de Salud (2013). *Plan nacional de salud mental*. Presidencia de la Nación, Argentina.

- Di Nella, Y. (2009). El ejercicio profesional de la psicología ante la constitución nacional. En *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación, Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-020/446.pdf>
- Di Nella, Y. (2021). La interdisciplinariedad en el marco de la ley de salud mental 26.657: la democratización de los saberes. En Y. Di Nella (Ed.), *Inclusión mental. Hacia la democratización de saberes*, 2 (13), 274-287. Barcelona: Copalqui Editorial. Recuperado de <https://www.yagodinella.ar/wp-content/uploads/2023/09/Tomo-II-cap.-8-La-ITERDISCIPLINARIEDAD-en-el-marco-de-la-ley-de-Salud-Mental-26657-la-democratizacion-de-los-saberes.pdf>
- Dor, J. (1985). *Introducción a la lectura de Lacan: El inconsciente estructurado como lenguaje*. Barcelona: Gedisa.
- Faraone, S., & Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de La Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Editorial Teseo. Recuperado de [Intercambios.org.ar/boletines/67/10-ley-nacional-salud-mental.pdf](https://intercambios.org.ar/boletines/67/10-ley-nacional-salud-mental.pdf)
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPRA). (2013). *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina*. Recuperado de <https://fepra.org.ar/wp-content/uploads/2021/06/Codigo-de-E%CC%81tica-de-la-FePRA.pdf>
- Flesler, A. (2008). *El niño en análisis y el lugar de los padres* (1ªed.). Buenos Aires: Paidós.
- Flesler, A. (2011). *El niño en análisis y las intervenciones del analista* [Archivo PDF]. Buenos Aires: Paidós.
- Franco, A. (1995). La niña púber [Ponencia]. *Jornadas de la Fundación Estudios Clínicos en Psicoanálisis*. Recuperado de <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-buenos-aires/psicologia/adriana-franco-la-nina-puber/72108954>
- Freud, S. (1998/1895). Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. En *Obras Completas* (Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1998/1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras Completas* (Tomo XIV). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1998/1916). 18° Conferencia. La fijación al Trauma, lo inconsciente. En *Obras Completas* (Tomo XI). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1998/1925). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas* (Tomo XX). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1998/1930). El Malestar en la cultura. En *Obras Completas* (Tomo XXI). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Frizzera, O. (2010). *La transferencia en el abordaje psicoanalítico con niños* [Archivo PDF]. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/handle/123456789/886/La_transferencia_Frizzera.pdf?sequence=1
- García Barthe, M. (2009). Urgencia en Salud Mental con niños y adolescentes. *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires*, 51 (234), 210-214. Recuperado de <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con291-210.pdf>
- García, L. (2013). Clasificaciones: los trastornos vs. el síntoma. *Estrategias Psicoanálisis y Salud Mental*, Año 0 (1), 71-73. Recuperado de <https://revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/issue/view/173/82>
- Galende, E. (1990). El Sistema de la Salud Mental. *Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica* (pp. 79-107). Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2015). Prólogo. En Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales, *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de https://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar_el_muro_Web.pdf
- Galende, E. (2017, 13 de mayo). 1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones [Entrevista]. Recuperado de <https://navarronoticias.com/primer-congreso-provincial-de-salud-mental-y-adicciones/>
- Galli, V. (2011). Problemáticas de Salud Mental en Argentina. *La revista del Plan fénix*, Año 2 (7). Universidad Nacional de Buenos Aires. Recuperado de http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/vf/vf_2011_a02_v07.pdf

- Garro, C. (2015). *De la urgencia a la emergencia de un sujeto: Una Lectura psicoanalítica*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Gulian, S. (2016). *De padres, juegos y juguetes en el análisis con niños* (1ªed.). Buenos Aires: Letra Viva.
- Hurtado Hoyo E., et al. (2012). *Código de ética para el equipo de salud: con la colaboración de la Sociedad de Ética en Medicina* (2ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Janin, B. (2012). Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 53, 49-56. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. Recuperado de <https://www.seypyna.com/documentos/articulos/janin-beatriz-intervenciones-psicoanalista-ninos.pdf>
- Janin, B. (2024). Los diagnósticos, la clínica psicoanalítica y el posicionamiento ético. *La construcción del diagnóstico en transferencia y los discursos sociales ¿Encierros rotulantes o aperturas terapéuticas? Cuestiones de Infancia. Revista de psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, 25(1). Recuperado de <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/infancia/article/view/1726/1703>
- Kraut, A. (2014). La discapacidad mental es una cuestión de Derechos. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-258509-2014-10-28.html>
- Heredia, M. (2019). La perspectiva de los profesionales de la guardia de un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires respecto a la internación de niños, niñas y adolescentes por salud mental en el contexto de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. En En A. Barcala & L. Poverene (Comps.), *Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias: Investigaciones actuales en Argentina*. (pp. 125-134). Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús (UNLa).
- Lacan, J. (1954). *Del símbolo y de su función religiosa* [Archivo PDF]. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1dMkj4yph-u_alaZJYf134NisArMNt74P/view

- Lacan, J. (2002/1975). RSI. En *Seminario 22* (Versión digital, establecimiento del texto, traducción y notas de R. E. Rodríguez Ponte) [Archivo PDF]. Escuela Freudiana de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.10.6%20CLASE%20-06%20%20S22.pdf>
- Lacan, J. (2003/1958). Las formaciones del inconsciente. En *Lacan. El Seminario* (Vol. 5). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2005/1966). La instancia de la letra en el inconsciente. En *Escritos 1* (pp. 473-509). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (2007/1960). La Ética del Psicoanálisis. En *Lacan. El Seminario* (Vol.7). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2009/1966). La lógica del fantasma. En *Seminario 14*. (Versión crítica, establecimiento del texto, traducción y notas de R. E. Rodríguez Ponte) [Archivo PDF]. Escuela Freudiana de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.6.1%20CLASE-01%20S14.pdf>
- Lacan, J. (2010/1969). *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires: Editorial Manantial.
- Laurent, E. (2003). El objeto en el psicoanálisis de niños. En *Hay un fin de análisis para los niños* (pp. 43-53). Buenos Aires: Colección Diva.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Tres Haches.
- López, G. (2014). Discursos institucionales y discurso analítico: reflexiones acerca de posibles dilemas éticos del psicoanalista en dispositivos públicos de salud. *Anuario de Investigaciones*, XXI, 85–92. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994050>
- Marchesotti, A., y Martínez Liss, M. (2019). Urgencias e intervenciones en la clínica con niños. En *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVI Jornadas de Investigación, XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional, I Encuentro de Musicoterapia*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-111/450.pdf>

- Martínez Liss, M., y Gross, G. (2000). El niño y el síntoma. *Fort-Da. Revista de Psicoanálisis con niños*, (2). Recuperado de <https://www.fort-da.org/fort-da2/sintoma.htm>
- Martinez Liss, M., & Marchesotti, A. (2017). Urgencia, trauma y constitución subjetiva en la clínica con niños. En *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Margulis, J. (2015). *Clínica del Desamparo. Una experiencia con niños en instituciones*. Buenos Aires: Letra viva.
- Miller, J. (2018/1988). *Introducción a la Clínica Lacaniana*. Barcelona, España: RBA Libros.
- Miller, J. (2018) *Del síntoma al fantasma. Y retorno*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2015). *Lineamientos para el abordaje de las violencias contra niños, niñas y adolescentes desde el sistema de salud* [Documento PDF]. Recuperado de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/bibliografia_complementaria/maltrato_infantil.pdf
- Minnicelli, M. (2021). *Ceremonias mínimas: una apuesta a la educación en la era del consumo*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Naciones Unidas. (1959). *Declaración de los Derechos del Niño*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10565/v87n4p341.pdf>
- Ochoa De La Maza, M. S., López Bertella, C., Varela Rozados, M., Moreno, V. A., Soliani, A., Lubo, F., Morales, C., y Girano, M. F. (2018). Clínica de la urgencia subjetiva. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-122/501.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización de Mundial la Salud*. Recuperado de https://apps.who.int/gb/edg/pdf_files/Ref-docs/constitucion-sp.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas*. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Parlamento Europeo (1986). Carta Europea de los derechos del niño hospitalizado. *Boletín de Pediatría*. Recuperado de <https://boletindepediatría.org/boletin/issue/view/127/130>
- Peusner, P. (2019). *Autoridad y desproporción sexual en la clínica psicoanalítica lacaniana con niños*. (1ª ed.). Buenos Aires: Letra Viva.
- Plantamura, M. (2022). Coordinadas éticas en el Psicoanálisis con niños. *Revista Significantes*, 4(17). Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/151564>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005). *Principios de Brasilia: Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas*. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
- Porge, E. (1990). La transferencia a la cantonade. *En Littoral (nº10), La transferencia*. [Documento digital]. Córdoba: Editorial la torre abolida. Recuperado de <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-la-cuenca-del-plata/psicologia-clinica/erik-porge-la-transferencia-a-la-cantonade/33981475>
- República Argentina (1994). *Constitución de la Nación Argentina*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/constituciones/nacional>
- Rodulfo, M. (2016). *Bocetos psicopatológicos. El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología*. Buenos Aires: Paidós.
- Rovere, M. (2018). La Salud Mental y la difícil construcción de la Democracia. *Revista Soberanía Sanitaria*, 2(4).

- Rovere, M. (2019). La Salud Mental en deconstrucción; una mirada exofórica. [Entrevista]. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 6(7). Universidad Nacional de Lanús.
- Rubistein, A. (2003). Los modos de aplicación del psicoanálisis. *Revista Virtualia*, 2(7). Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/3FzyIAHXEVKljHTS4pSmoZrJkBa8YcVZlyeIaEhz.pdf>
- Salomone, G. Z. (2006). Consideraciones sobre la Ética profesional: dimensión clínica y campo deontológico-jurídico. En G. Z. Salomone & M. E. Domínguez (coords.), *La transmisión de la ética: clínica y deontología. Volumen I: Fundamentos*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Salomone, G. Z. (2014). Intersecciones discursivas y singularidad. Cuestiones éticas de las prácticas en salud mental en contextos institucionales. *Anuario de Investigaciones*. 2014, XX, 245-249. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994071>
- Salomone, G. Z. y López, G. (2016). La ley de salud mental argentina y el psicoanálisis. Consideraciones a partir de un estudio exploratorio. *Anuario de Investigaciones*, 23, 117-123. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696051>
- Salomone, G. Z. (2022). La singularidad entre los derechos y los hechos. Interrogaciones éticas sobre el estatuto de la palabra en las prácticas con NNyA. *Revista de la Asociación de Psicólogos Forenses de la República Argentina (APFRA)*, 33(34), 102-114.
- Sociedad de Naciones (1924). *Declaración de Ginebra sobre los derechos del niño*. Recuperado de <https://www.ciprodeni.org/wp-content/uploads/2018/08/Declaracion-de-Ginebra-1924.pdf>
- Sotelo, I. (2005). La invención de un lugar para la urgencia. En I. Sotelo (Comp.), *Tiempos de Urgencia. Estrategias del Sujeto, Estrategias del Analista* (pp. 97-104). Buenos Aires: JCE Ediciones.

- Soto Pérez, B. (2005). La constitución subjetiva en psicoanálisis y su relación con el concepto de desarrollo. *Fort Da: Revista de Psicoanálisis con Niños*, (8). Recuperado de <https://www.fort-da.org/fort-da8/soto.htm>
- Stolkiner, A. (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. *Intersecciones Psi: Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA*, 2(4). Recuperado de http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_n_4.pdf
- Wanzek, L. (2017). Una perspectiva psicoanalítica de la primera infancia situada en contexto. En *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación. XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-067/1011>
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. España: Gedisa. Recuperado de <https://catedraedipica.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/02/winnicott-realidad-y-juego.pdf>
- Yoma, S., Passini, M., & Buriyovich, J. (2018). La salud mental está en los derechos. *Revista Soberanía Sanitaria*, 2(4). Recuperado de <http://www.revistasoberaniasanitaria.com.a>

Anexos

Resguardos éticos

Para la elaboración del presente Protocolo se tuvieron en cuenta los Principios Éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (2013) y las Pautas de CIOMS (4ª Edición 2016); también se tuvieron en cuenta los siguientes documentos fundamentales “Guía para Investigaciones en Salud Humana” (Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud de la Nación y los documentos y Pautas Internacionales en los que la misma se basa, Código Civil y Comercial argentino). Se respetará bajo todo concepto la Ley General de datos personales “Habeas Data N° 25326/00”. Se diseñó un consentimiento informado el cual debe ser firmado por las personas que desean participar del estudio y por el investigador (dos juegos), uno de los cuales será entregado al participante. En este consentimiento se detalla la información sobre la investigación y se hace saber la voluntariedad de la participación, la preservación del anonimato y el manejo de los datos obtenidos. Se contempla una declaración jurada de confidencialidad y reserva de información el cual será firmado por cada investigador. (Se adjunta modelo de documentos mencionados).

Para resguardar la identidad y la privacidad de las personas entrevistadas, no se publicarán las entrevistas completas. Solo se incluirán fragmentos seleccionados que sean pertinentes para el análisis, los cuales han sido anonimizados y codificados.

Con respecto al consentimiento de las autoridades responsables de la institución hospitalaria se pidió autorización a las autoridades máximas. Además, el proyecto de investigación se presentó en el Departamento de Docencia e Investigación y en el Comité de Ética del Hospital Pediátrico “Dr. Avelino L. Castelán” de la Provincia del Chaco y se recibió su aprobación.

Formulario Consentimiento Informado

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación, **“La Internación de Niños, Niñas y Adolescentes por motivos de salud mental: convergencias y divergencias entre la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y la Práctica Psicoanalítica en un Hospital Pediátrico de la Provincia del Chaco”** que constituye el Trabajo Final de la Maestría en Clínica Psicoanalítica con niños de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario.

El Objetivo de la misma es *establecer un cuadro de situación de los puntos de convergencia y divergencia entre las normativas presentes en la Ley de Salud Mental N°26.657 y la práctica del psicoanálisis en el abordaje de las internaciones de NNyA en un hospital pediátrico de la Provincia del Chaco durante los últimos años, articulando con las propias concepciones de las y los profesionales del Servicio de Salud Mental*. Quienes conforman la población de la presente investigación serán los y las profesionales de la salud y de la salud mental de la institución y a otros referentes de la temática. El proceso de recolección de datos se realizará a través de entrevistas realizadas a mi cargo. Para ello me comprometo a asegurar la confidencialidad de la información, así como a resguardar la identidad, el anonimato y la privacidad de las personas participantes. Este resguardo será garantizado tanto en la obtención, elaboración de la información como en la divulgación de publicaciones científicas.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si tiene alguna duda sobre esta investigación puede hacer las preguntas que necesite y en el momento que determine oportuno. Usted podrá acceder a los resultados de la investigación una vez finalizada solicitándolo a la investigadora y/o a la directora de la investigación.

Desde ya agradecemos su participación.

Nombre de la investigadora: Lic. Griselda Carina Gronda

Nombre de la directora: Dr. Gabriela Z. Salomone

CONSENTIMIENTO INFORMADO (El siguiente formulario debe constar de un único cuerpo).

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos y procedimientos de esta investigación denominada “**La Internación de Niños, Niñas y Adolescentes por motivos de salud mental: convergencias y divergencias entre la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y la Práctica Psicoanalítica en un Hospital Pediátrico de la Provincia del Chaco**” y mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por la Lic. Carina Gronda y autorizo que la entrevista sea grabada.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Nombre de la persona:

Firma:

Nombre del/de la responsable de la investigación:

Firma:

Guía de preguntas para profesionales de salud mental

- 1) ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? ¿Cargo que ocupa y su profesión?
- 2) La Ley de Salud Mental N°26.657 propone una nueva definición de salud mental ¿la conoce? ¿Qué opina de ella?
- 3) ¿Conoce alguna de las legislaciones sobre las que se sostiene esta ley?
- 4) ¿Conoce cuáles son las normativas que fundamenta la internación de niños, niñas y adolescentes en la Ley de salud mental?
- 5) ¿Conoce la metodología de trabajo que propone la Ley N°26.657 para los agentes de salud mental? ¿Qué opina al respecto?
- 6) Respecto a la práctica del psicólogo/psiquiatra/trabajador social/enfermero (según corresponda) ¿considera que ha habido modificaciones a partir de esta ley? En caso de que responda afirmativamente ¿cuáles han sido las prácticas que se han modificado?
- 7) A partir de la sanción de la Ley N°26.657 ¿se han producido modificaciones en el dispositivo de guardia? ¿Cuáles?
- 8.a) ¿Usted cree que es posible el ejercicio de la práctica psicoanalítica durante la internación respetando el marco normativo propuesto por la ley de salud mental? En caso afirmativo ¿Qué aspectos de la ley identifica como facilitadores?
- 8.b) ¿Cuáles serían para Ud. los obstáculos para el ejercicio de su práctica psicoanalítica?
- 9) En tanto la Ley de Salud Mental no profundiza en lo que respecta a la especificidad de la internación de NNyA ¿cómo responde a las necesidades de esta intervención? ¿qué criterios toma en cuenta para decidir la internación, la permanencia y el alta del paciente? Podría comentar algún caso en el que haya intervenido durante la internación (en los últimos cinco años), omitiendo todo dato personal del paciente (solo referir sexo al que pertenece y edad). Podría relatar cómo fue su intervención (criterios para internar, intervención al ingreso, durante la permanencia en el hospital y al egreso, días de internación, modalidad de trabajo con el equipo de salud mental y con el resto de los profesionales intervinientes, cambios observados en el paciente al ingreso y egreso, criterios de alta).

10)A partir de todo lo conversado hasta el momento, considerando su experiencia ¿sugiere modificaciones a la Ley de Salud Mental en relación con las internaciones de NNyA? ¿cuáles?